



**UNIVERSIDAD ALZATE DE OZUMBA
INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8898-25**

“USO DEL PERRO EN LA PSICOTERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES EN NIÑOS VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL”

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIATURA
DE PSICOLOGIA

PRESENTA:

SUSANA BELTRAN URBINA

ASESORA:

LIC. EN PSIC. SOC. IVONNE CARREÓN CÁZARES

OZUMBA, ESTADO DE MÉXICO 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios, por la oportunidad de poder cumplir una de mis metas importantes en la vida, por permitirme a demás disfrutar este nuevo logro a lado de mis padres, pareja, hermanas, amigos y seres queridos, porque me he sentido motivada a concluir este proceso que inicie hace años y que ahora he podido concluir satisfactoriamente.

A mis padres Lucila Urbina Gonzales y Carlos Beltrán Salas, por guiarme, educarme y mostrarme su cariño durante toda mi vida, además de mostrarme el valor del trabajo y perseverancia para lograr las metas propuestas, con paciencia y constancia. Por su apoyo incondicional que me han brindado para continuar mis estudios; a mi madre, reconozco su esfuerzo que dio para podernos cambiar de casa y me quedara mas cerca la universidad, además de ahorrar para pagar mis estudios, a mi padre por otra parte valoro su interés y motivación que me ha dado con sus palabras para seguir adelante y no rendirme, porque han estado conmigo durante todo este proceso.

A mi esposo Víctor Hugo Mendoza Corona, por todo el apoyo que me ha brindado al acompañarme a mis asesorías, facilitándome el traslado a la universidad para mis tramites, mostrando interés para hacer posible esta meta, por que ha estado conmigo apoyándome física y emocionalmente en cada momento de frustración y estrés que ha implicado mi titulación, por aguantar mis momentos de enojos y tristeza, además de motivarme a creer en mi trabajo como algo posible a ejercer.

A todos ellos agradezco su tiempo, dedicación, preocupación y apoyo económico que me han brindado, por que, sin ellos, seria imposible haber logrado este proceso en mi vida, por que valoro su cariño y amor que me han mostrado.

A mi hermana Diana Beltrán por apoyarme con ciertos temas de mi tesis, así como valorar cada avance que he tenido para lograr titularme, por que ha sido un gran ejemplo para mí de perseverancia, pues no ha tenido fácil ser madre y ser una gran profesionista que ha puesto el corazón y el alma en su trabajo, has avanzado mucho y te admiro mi hermanita gemela “cuca”.

A mis amigas Arely Jazmín y Jimena Alvarado, por que me han acompañado durante este proceso, compartiéndome sus experiencias y aconsejándome durante mi trabajo, porque han mostrado interés por mi proceso de titulación y por compartirme sus logros, a ellas las admiro como personas y madres, porque han sabido ser profesionistas y madres que no es fácil.

A mis profesores Ivonne Carreón, por la paciencia que ha tenido para asesorarme durante todo este tiempo, al profesor Juan por la disponibilidad que ha tenido al atender mis dudas y al profesor Noel Morales Sosa, por su dedicación a leer y asesorar detalles de mi trabajo, así como guiarme en cada trámite para mi titulación.

A la universidad Álzate de Ozumba por todo lo que aprendí y experimente como alumna de la universidad; a la UNAM Fez zaragoza, agradezco por abrir las puertas a otras universidades para poder concluir el idioma con cursos accesibles, además del trato amable y respetuoso que han brindado los profesores durante el curso sabatino, como el de línea.

**“NUNCA ES DEMASIADO TARDE PARA TENER UNA
INFANCIA FELIZ”**

TOM ROBBINS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
JUSTIFICACIÓN	12
CAPÍTULO 1- ANTECEDENTES DE LA TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES (TAA) ...	16
1.1 CONCEPTOS BÁSICOS DEL TRATAMIENTO, TERAPIA Y PSICOTERAPIA.....	20
1.1.1 Objetivos de la terapia asistida perros.....	22
1.1.2 Normas y consideraciones éticas para usuarios y animales de asistencia.....	22
1.1.3 Contexto adecuado para la TAA.....	27
1.2 ¿QUÉ ES UN ANIMAL O PERRO DE ASISTENCIA?.....	28
1.2.1 Criterios de características para la selección de canes para terapia asistida con animales.....	29
1.2.1.1 <i>Fiabilidad</i>	30
1.2.1.2 <i>Posibilidad de predecir</i>	31
1.2.1.3 <i>Control de la situación</i>	32
1.2.1.4 <i>Adecuación</i>	32
1.2.1.5 <i>Salud física</i>	33
1.2.1.6 <i>Razas</i>	35
1.3 ENFOQUES EN LA PSICOTERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES	37
1.3.1 Técnica más utilizadas en la terapia asistida con animales.....	38
1.4 LOS BENEFICIOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS QUE BRINDAN LOS ANIMALES AL SER HUMANO.....	39
1.4.1 Beneficios a nivel cognitivo y de la motivación.....	40
1.4.2 Beneficios emocionales.....	41
1.4.3 Beneficios sociales.....	42
1.4.4 Beneficios físicos y fisiológicos.....	43
CAPÍTULO 2- ETAPAS DEL DESARROLLO DEL NIÑO	45
2.1 ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE ERIK ERIKSON	47

2.1.1 Confianza vs Desconfianza, nacimiento hasta los 18 meses	47
2.1.2 Autonomía vs Vergüenza y duda 18 meses hasta los 3 años	49
2.1.3 Iniciativa vs Culpa 3 – 5 años.....	51
2.1.4 Laboriosidad vs Inferioridad 5 – 13 años	53
2.1.5 Búsqueda de la identidad vs Difusión de la identidad 13 – 21 año.....	55
2.1.6 intimidad frente al aislamiento 21- 40 años.....	57
2.1.7 Generatividad frente al estancamiento 40-60 años.....	58
2.1.8 Integridad del yo frente a la desesperación 60 en adelante.....	58
2.2 ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL DEL NIÑO, SEGÚN	
SIGMUND FREUD.....	59
2.2.1 La fase oral, de 0 a 1 año de edad.....	60
2.2.2 La fase anal, de 1 a 3 años de edad.....	61
2.2.3 La fase fálica, de 3 a 6 años de edad.....	62
2.2.4 El periodo de latencia, de 6 a 12 años de edad.....	63
2.2.5 La fase genital, de 12 en adelante.....	64
2.3 DESARROLLO PSICOLÓGICO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA, SEGÚN	
MELANIE KLEIN.....	65
2.3.1 Relaciones objétales.....	65
2.3.2 La posición esquizoparanoide 3 a 4 meses	68
2.3.3 La segunda posición depresiva 4 a 6 meses.....	69
CAPITULO 3- ÉL IMPACTO QUE OCASIONA EL ABUSO SEXUAL DURANTE EL	
DESARROLLO DEL INFANTE DE 6 A 12 AÑOS DE EDAD.....	72
3.1 ¿QUE ES EL ABUSO SEXUAL?.....	74
3.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE UN NIÑO VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL....	78
3.3 ¿CUÁLES SON LAS CONSECUENCIAS EN LA SALUD DEL NIÑO?.....	83
3.4 PROBLEMAS EMOCIONALES Y PSICOLOGICOS.....	88
3.4.1 Trastorno depresivo	91
3.4.2 Trastorno de ansiedad.....	94
3.4.3 Trastorno por estrés postraumático.....	97
3.4.4 Baja autoestima.....	102

3.5 PROBLEMAS CONDUCTUALES Y DE RELACIÓN SOCIAL.....	103
3.5.1 Aislamiento y ansiedad social.....	105
3.5.2 Hostilidad.....	107
3.5.3 Déficit de habilidades sociales.....	107
3.6 PROBLEMAS FÍSICOS.....	108
3.6.1 Trastornos de la conducta alimenticia.....	110
3.6.2 Pérdida del control de esfínteres.....	112
3.6.3 Pesadillas y problemas de sueño.....	115
3.7 PROBLEMAS SEXUALES- CURIOSIDAD SEXUAL.....	121
3.7.1 Conocimiento sexual precoz e inapropiado a su edad.....	122
3.7.2 Masturbación compulsiva.....	122
3.7.3 Exhibicionismo.....	123
CAPÍTULO 4- POR QUÉ UTILIZAR LA TERAPIA ASISTIDA CON PERROS EN NIÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL.....	126
4.1 ENTORNO TERAPÉUTICO SEGURO, UN CLIMA DE ACEPTACIÓN Y CONFIANZA PARA EL NIÑO.....	129
4.2 LA EXPRESIÓN EMOCIONAL CON LA TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES A NIÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL.....	132
4.3 LA AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL A NIÑOS VÍCTIMAS DEL ABUSO SEXUAL CON TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES.....	134
4.4 REDUCIR LOS NIVELES DE TENSIÓN, ANSIEDAD EN LOS NIÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL.....	136
4.5 INTERVENCION ASISTIDA CON PERROS EN NIÑOS CON ABUSO SEXUAL.....	137
CAPÍTULO 5- METODO.....	143
5.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	143
5.2 HIPÓTESIS DEL TRABAJO.....	143
5.3 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO.....	143
5.4 POBLACIÓN.....	144
5.5 VARIABLES	144
5.5.1 Variable independiente.....	144
5.5.2 Variable dependiente.....	144

5.6 CATEGORIAS.....	144
CAPITULO 6 ANALISIS DE CONTENIDO.....	146
6.1 Conclusiones.....	157
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	158

INTRODUCCIÒN

En este trabajo se hablará en que consiste y sobre la importancia de la psicoterapia asistida con animales en niños víctimas de abuso sexual, retomando las ventajas que tiene usar animales domésticos, animales de granja y los animales silvestres en el tratamiento asistido con animales, comparando las ventajas y desventajas de su cooperación de algunos animales en el tratamiento terapéutico.

Así mismo se abordará la diferencia que existe entre terapia, psicoterapia y tratamiento, para comprender mejor cada termino y evitar confundir cuando se habla de tratamiento como la terapia asistida con animales y cuando se refiere a la «psicoterapia asistida con animales»; se mencionarán los objetivos y técnicas para trabajar con los animales en el tratamiento psicoterapéutico, las normas y consideraciones éticas para los pacientes, para el especialista o personal que colabora en el tratamiento, los animales y el contexto adecuado para su realización.

Por otra parte, se hablará de los beneficios físicos, psicológicos, sociales y motivacionales que tienen los animales para los seres humanos, diferenciando los animales silvestres de los domésticos, comparando entre los animales domésticos a los perros de los gatos, y eligiendo entre los canes las razas idóneas al tratamiento, seleccionando su capacidad de convivencia, adaptación y ambiente del ser humano; así como los criterios que deberán cumplir para ser animales de asistencia. Para ello es importante mencionar algunos de los enfoques psicológicos con los que se pueden trabajar con la ayuda de los animales de asistencia.

De igual forma se mencionarán las características de los niños o pacientes, que pueden ser candidatos al tratamiento psicoterapéutico asistido con perros, para descartar que tengan alguna fobia por los animales, mencionando también a partir de que edades pueden ser las adecuadas para llevar a cabo el tratamiento en niños pequeños.

Por otra parte, para el tratamiento asistido con animales en niños, es importante conocer el sano desarrollo del niño, tomando en cuenta algunas teorías sobre el desarrollo infantil, retomado actores como: Sigmund Freud, Erik Erikson, Melanie Klein, para distinguir cada una de las etapas por las que pasa el ser humano, así como la formación de personalidad del niño, a través de la satisfacción de sus necesidades desde pequeño, o la inseguridad y frustración que puede sentir si sus necesidades no son satisfechas desde etapas tempranas de su desarrollo.

Además conoceremos cómo puede verse afectado un niño o infante que sufre de violencia como es el abuso sexual, tomando en cuenta las características de cualquier menor que pueden propiciar a ser víctima de abuso sexual, conoceremos también las características que motiven a una persona a ser un agresor sexual, así como las consecuencias que puede generar un abuso sexual a un niño, clasificando las consecuencias en: a) Emocionales y psicológicos, distinguiendo el conjunto de trastornos que puede desarrollar ante una experiencia traumática o aquellos problemas que puede generar en su estima y seguridad; b) Conductuales y de relación social, mencionando aquellos problemas para socializar que

puede desarrollar ante una agresión sexual, así como los cambios de comportamientos importantes en su habilidad para comunicarse y relacionarse con los demás; c) Físicos, donde se mencionarán aquellos problemas que puede llegar a desarrollar ante una agresión sexual, tales como cambios en su alimentación, temores nocturnos, además de aquellas agresiones físicas que puede sufrir; y. d) problemas sexuales, donde se mencionarán algunos problemas y cambios importantes en su desarrollo, como la curiosidad prematura por su sexualidad, estimularse o incluso una desorientación de su misma identidad sexual.

Por último, es importante mencionar de qué forma pueden ser intervenidos aquellos niños que han sido víctimas de abuso sexual a través de la psicoterapia asistida con animales y que enfoque es el más idóneo para su tratamiento, comprendiendo de qué forma interviene el can para facilitar la interacción y comunicación del menor con el terapeuta, superando la experiencia traumática vivida y adaptándolo a su medio.

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

Es muy común ver como los animales son utilizados regularmente por el humano como alimento, vestido, calzado, para trabajo de campo y como mascotas del hogar, claro está que los animales se han vuelto esenciales, tanto en nuestra alimentación, vestido principalmente y para algunos como compañeros del hogar, por ello fue que los seres humanos empezaron a domesticarlos, en busca de satisfacer sus diferentes necesidades, esta es solo una razón por la que los seres humanos necesitan de ellos.

Si bien los animales nos proporcionan cariño, compañía y tranquilidad, además de ser una fuente primaria de alimentación, también son de gran ayuda en el tratamiento psicológico, ya que hacen más sencillo la socialización entre personas, pues es común ver que en lugares públicos quienes llevan animales domésticos se les acercan los niños o los adultos para acariciar a estos animales y empezar a platicar; además de iniciar una interesante charla puede hacerse de este un momento más agradable y menos tenso, incluso más cómodo, pues ¿quién no ha tenido mascotas o conocido alguno, de algún familiar que los tenga?, si para las personas comunes y sanas le es más fácil empezar a socializar y convivir con los demás ¿por qué no han de hacerlo también aquellas personas con una discapacidad intelectual o con dificultades emocionales?, es interesante saber cómo los perros en particular han ayudado a niños que presentan síntomas de autismo a convivir y permitirles tener mayor contacto físico con los demás, incluso también en terapias psicológicas han facilitado la interacción con el terapeuta de aquellos niños que han sufrido algún abuso sexual, pues les permite tener más seguridad y mayor confianza durante la primer entrevista y tratamiento psicológico, incluso cuando existen niños que se niegan a hablar con su terapeuta, puede existir una interacción a través del niño y el can, lo que permite al terapeuta poder interactuar con el menor.

En México existen pocas fundaciones que ofrecen la Terapia Asistida con Animales (TAA) y en la mayoría de ellas no se tratan problemas emocionales, pues su tratamiento es enfocado principalmente a personas con discapacidad motriz, donde los animales de asistencia, por lo general son perros señal para personas con sordera, perros guía para personas con discapacidad visual, perros de alerta médica para personas con diabetes, epilepsia u otras enfermedades y el tratamiento para personas con trastorno generalizado del desarrollo (TGD) y espectro autista.

Para ello es importante retomar que un perro de asistencia también es útil en un tratamiento psicológico, pues además de permitir menor ansiedad durante la psicoterapia son muy útiles como objeto transicional, permitiendo al niño expresar sus emociones, facilitándole superar sus experiencias negativas, apoyando al tratamiento en sus diferentes enfoques de los cuales los mayores utilizados en sus distintas asociaciones son:

- el enfoque conductual, donde la estrategia para llegar a los objetivos planeados es a través de los animales como estímulos reforzadores, buscando modificar la conducta.
- el enfoque cognitivo basado en los métodos de modificación de pensamientos logra un cambio conductual y emocional, esto mediante el conocimiento y comprensión del animal, permitiendo así modificar la sensación de controlarse a sí mismos.

- el enfoque gestáltico permitirá resaltar la importancia de permanecer en el “aquí y ahora” donde adquirimos conciencia de lo que ocurre a nuestro alrededor y con nosotros mismos a nivel mental, emocional y físico, la forma de lograrlo es a través de convivir con el animal al darle órdenes.
- el enfoque humanista donde concibe al ser humano en ese proceso de autorrealización capaz de desarrollar sus capacidades y potencialidades, donde junto a un animal se crea un sentimiento de ser útil y servicial para los demás.

También en otras áreas psicopedagógicas podemos ver como los animales son necesarios para la estimulación temprana y/o rehabilitación de áreas que conforman al ser humano como física, cognitiva y socioemocional.

Otro enfoque terapéutico dentro del TAA es la terapia pasiva, donde el paciente experimentara una sensación de bienestar y relajación, con el simple hecho de mirar un animal y disfrutar de esa experiencia, disminuyendo la sensación de estrés.

Estos son algunos enfoques que se retoman en la TAA que, en otros países, como Colombia, tratan sobre todo a niños con problemas de ansiedad a causa de un abuso sexual, con este tratamiento brindan un entorno terapéutico seguro, una expresión y autorregulación emocional asertiva, disminuyendo los niveles de tensión y ansiedad.

En México, existen pocas instituciones con este tipo de tratamiento psicológico para aquellos niños que han sido víctimas de un abusos sexual, aunque hayan las mismas asociaciones que en Colombia y se viva actualmente el mismo problema “el abuso sexual”, quizá se deba a que somos incapaces de reconocer distintos beneficios emocionales que se puede llegar a tener con los animales en un tratamiento psicológico, reduciendo o evitando los problemas que se originan por un evento traumático, como problemas emocionales, conductuales, físicos y sexuales durante la etapa del desarrollo del niño.

Conociendo los distintos enfoques terapéuticos y psicológicos en la TAA este estudio se enfoca si: **¿Los perros son una alternativa para el tratamiento psicoterapéutico para niños de 6 a 12 años víctimas de abuso sexual?**

JUSTIFICACIÓN

Los animales de asistencia han dado una eficaz alternativa al trabajo terapéutico y a la medicina, pues ha permitido que personas con discapacidad físicas y/o problemas emocionales, pueden verse mayor motivados a realizar o participar en actividades terapéuticas, además de que estos les apoyan con tareas que requieren de movilidad física, igualmente los niños con autismo, o aquellos que han sido víctimas de agresiones sexuales, son beneficiados por perros de asistencia durante el tratamiento terapéutico, tanto en su cuidado como a relacionarse con la sociedad, ya que al tener un perro de asistencia hay mayor acercamiento con las personas por la atención que estos atraen, por lo que, estimulan a las personas a que socialicen e incluso es un tema de conversación que se da con frecuencia. “Cuando hay un perro alrededor, es mucho más probable que ayuden a estimular el inicio de conversaciones, risas y el intercambio de experiencias que cuando las personas están solas” (Messent 1983).

Los beneficios que los perros aportan a los pacientes podrían distinguirse por niveles: a nivel emocional (mejora el estado de ánimo, aumenta su autoestima, disminución de la ansiedad y mejora de las habilidades emocionales); a nivel cognitivo (mejora de la memoria, la atención, la percepción, el lenguaje y el procesamiento de la información); a nivel social (aumento de las habilidades sociales, fomento de la integración y la participación comunitaria); a nivel educativo (son un elemento motivador y significativo para el aprendizaje, aumenta la confianza en las propias capacidades y prevención del bullying); a nivel ocupacional (mejora la adquisición de hábitos y rutinas, promueve la autonomía en las actividades diarias, aumenta la percepción de utilidad y de capacidad) y a nivel psicomotor (aumenta la actividad física, tono muscular, espasticidad, equilibrio y coordinación) (Parra Araiz Silvia, 2015-2016, p.7).

De acuerdo Oropesa Roblejo, García Wilson, Puente Sanai y Matute Gainza (2009) “desde el punto de vista psicológico, los perros adoptan una actitud afectiva y de gran apego hacia el ser humano, sin hacer juicios de valor, además de que pueden ser excelentes guías. Son lúdicos afectivos, juguetones y están a nuestro lado fielmente durante toda la vida” (p.6)

Al hablar de animales de asistencia se refieren no solo a los perros, pues en este modo de tratamiento son utilizados también los delfines, gatos o animales de granja, aunque en esta investigación se enfoca principalmente a los canes, ya que son animales domésticos capaces de adaptarse a las personas y sus comportamientos, por esta razón nos beneficia en el tratamiento psicológico con niños, por el contrario los animales exóticos o agresivos tienden a estresarse con mayor facilidad perjudicando así el tratamiento a personas que han sufrido un abuso sexual, pues esta ansiedad que el animal presenta puede ser transmitida o percibida por el mismo paciente. Es por ello que se enfoca en el tratamiento asistido con perros, pues son animales mejor adaptados y fáciles de llevar a casa, pues existen también asociaciones en México como PAM (Perros de Asistencia México) donde la comunidad puede ayudar y aportar a criar un cachorro de asistencia, llevarlo a su casa y hacerse cargo del perro durante 6 meses, desde luego llevándolo a sus respectivas prácticas de entrenamiento. Así mismo se eligió la terapia asistida con perros porque son animales mayormente utilizados en otros países para problemas emocionales como en el caso de un abuso sexual, ya que transmiten una sensación de tranquilidad, empatía y seguridad, normalizando la sensación estresante, autorregulación y/o expresión emocional y sobre todo genera menor incomodidad.

Si bien algunas personas han experimentado como los animales los han ayudado y permitido cubrir ese sentimiento de seguridad y compañía, también es importante mencionar como es que los animales ayudan a sentir más tranquilidad y relajados, ya que en una familia donde unas gemelas habían convivido desde pequeñas con unos gatos, temían quedarse solas en casa por la mañana que su mamá salía a comprar y la única manera de permitirle salir era dejarles a su gato dentro de su recámara, para que pudieran sentirse más seguras y acompañadas. De acuerdo a Katcher (1983): “Los animales pueden inducir un estado de relajación inmediata, psicológicamente tranquilizador por el simple hecho de atraer y mantener nuestra atención” (como se citó en H. Fine Aubrey, 2003).

Los animales que mejor compañía pueden ofrecer son los perros porque son mascotas mayor adaptadas dentro de un hogar, más fáciles de entrenar y de conseguir, incluso los más vulnerables, pues son de las especies de animales que frecuentemente son abandonados cada año en la calle por sus dueños, por esta razón se ha retomado el tema de la terapia asistida con perros, ya que distintas asociaciones han considerado adoptar animales de la calle para entrenar y ser parte de un proceso terapéutico, considerando las acciones éticas para los animales del TAA, respetando también las del usuario, y a su vez se han elegido los perros porque son animales con una buena capacidad de entrenamiento conductual, que podrán cumplir los criterios necesarios para la psicoterapia asistida con animales.

Por otro lado, se ha retomado el tratamiento asistido con animales como una alternativa al tratamiento del abuso sexual infantil, por ser el abuso una problemática social que aumentado significativamente en los últimos años, sin contar aquellos casos que no son denunciados y otros donde los niños nunca confiesan, por ser un tema tabú para muchas familias, pues en muchos casos se ignoran las consecuencias que trae a los menores de edad, ya que él no hablar ni prevenir a los menores de edad sobre el abuso sexual, puede ser un factor de riesgo para algunos menores, pues incluso para aquellos niños que han podido confiar a un adulto el abuso sexual, no han recibido el apoyo de su familia, principalmente para aquellos menores que han sido abusados por su propio padre y familiares cercanos, lo cual los pone en una situación de mayor vulnerabilidad y afectación psicológica, emocional, conductual y física.

Actualmente existen familias con altos índices de violencia, la cual son un riesgo para el sano desarrollo de aquellos menores, quienes viven y conviven diariamente con su agresor, Así mismo, será un factor de riesgo al abuso sexual para aquellos menores de edad que sufren la falta de afecto y atención de sus padres, y que tienen la necesidad de sentirse amados. Ante un abuso sexual existen distintas consecuencias que afectan significativamente el desarrollo del niño, entre las consecuencias más importantes pueden ser:

- Emocional y psicológicos como, baja autoestima, sentimientos de culpa, que puede llegar a presentar depresión, ansiedad y estrés postraumático.
- Problemas conductuales y de relación social, como aislamiento, hostilidad y un déficit en las habilidades para relacionarse con los demás.
- Problemas físicos, trastornos de conducta alimentaria, pérdida de control de esfínteres, manifestándolo en enuresis o encopresis, además de pesadilla y problemas de sueño, eso sin contar con las marcas y desgarres en la zona genital que puede llegar a tener un menor que ha sido abusado sexualmente por un adulto.

- Ante un abuso sexual también afecta en su sexualidad, provocando en el menor un interés por conocer sobre la sexualidad que va a ser inapropiado a su edad, manifestándolo con conductas como la masturbación a temprana edad, el placer por exhibirse y problemas sobre su propia identidad sexual.

Además de que cualquier problema tanto psicológico, emocional, conductual, físico y sexual que el menor manifieste, le afectara significativamente en su entorno familiar, social, escolar y desde luego personal, sin contar que este conjunto de problemas difícilmente los podrá superar si no lleva un tratamiento terapéutico adecuado, para ello se ha elegido la Terapia Asistida con Animales (TAA) como una alternativa adecuada a los menores que han sido víctimas del abuso sexual, pues desde luego desarrollaran una mejor empatía con el terapeuta, se sentirán menos ansiosos y su atención no estará dirigida a la evaluación del terapeuta, ideal para los menores que se sienten inseguros o incapaces de interactuar con cualquier persona, tras una experiencia traumática como es el abuso sexual.

También nos enfocaremos en los distintos enfoques psicológicos adecuados en la terapia asistida con animales con niños, dentro de los enfoques psicológicos en la TAA en distintas asociaciones, el enfoque conductual es el más utilizado en programas como bAoBAb de terapia conductual y animales para niños con autismo, donde los procedimientos de aprendizaje animal se basan exclusivamente en el análisis conductual aplicado, utilizado también en el mejoramiento del aprendizaje en niños con autismo, en estas asociaciones el enfoque es exclusivamente con análisis conductual aplicado y los animales participan como reforzadores del tratamiento.

El enfoque gestáltico es también una alternativa utilizada por psicólogos en la terapia asistida con animales por ello, la terapeuta Alejandra Pérez Herrera (2014), quien se dedica a la psicoterapia Gestalt Asistida con animales, integro a las sesiones a Valentina, una gata de 5 años de edad que había asistido a varias terapias con adolescentes y adultos, por ejemplo, en el caso de Edgar, un niño de 5 años de edad quien presentaba una conducta retraída y suspicaz, después de trabajar durante 8 meses con la gata, en terapias de 50 minutos a la semana, Edgar mostro avance en su casa y en la escuela, pues maestros y cuidadores afirman que aprendió a pedir las cosas por favor y dar las gracias, además de pedir permiso para interrumpir conversaciones.

De igual forma se encuentra la terapia pasiva utilizada en enfoques terapéuticos dentro de la Terapia asistida con animales, el cual, no es un modelo de la psicología, pero si esta relaciona en lo beneficios físicos y psicológicos que brindan al ser humano, ya que “mirar u observar animales domésticos se asocia a la relajación en los niveles de los indicadores fisiológicos de reacción del sistema nervioso parasimpático. Las tenciones arteriales de individuos con tensión normal, y con hipertensión decrecieron progresivamente mientras observaban el movimiento de peces en un acuario (Katcher, 1983, como se citó en H. Fine Aubrey, 2003).

Objetivos

Generales:

- Conocer los beneficios del tratamiento asistido con perros como una alternativa psicoterapéutica, en niños de 6 a 13 años ante las diferentes consecuencias de un abuso sexual infantil.

Particulares:

- Analizar si la terapia asistida con perros es funcional para niños víctimas de abuso sexual.
- Conocer las características adecuadas de los perros para la terapia asistida con animales TAA con niños víctimas de abuso sexual.
- Conocer que pacientes infantiles víctimas de abuso sexual son idóneas para la psicoterapia asistida con perros.
- Saber que enfoque psicológico es el más utilizado en la terapia asistida con animales para tratar los diferentes trastornos de niños víctimas de abuso sexual.

Hipótesis

HI: Los perros son una alternativa favorable a la psicoterapia asistida con animales, por que brindan un ambiente de confianza y transmiten seguridad durante la primera sesión, ayudando a expresar mejor las emociones y resistencias durante el tratamiento en niños víctimas de abuso sexual.

CAPÍTULO 1- ANTECEDENTES DE LA TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES (TAA)

En este tipo de psicoterapia se da un tratamiento para mejorar la salud del paciente, comúnmente solo escuchamos hablar de la participación de un terapeuta y el paciente en un tratamiento, donde el terapeuta es quien guía el tratamiento y el paciente quien lo solicita, pero poco se ha escuchado de la psicoterapia asistida con animales, que es otra modalidad de tratamiento donde participan los psicólogos y colaboran los animales en el tratamiento, desempeñando sus roles y tareas específicas.

A lo largo de la historia ha habido antecedentes de las primeras intervenciones con animales, así como de la participación de estos para el beneficio del ser humano en el ámbito de su salud física, mental y psicológico, así como de su utilización, para alimentación, vestimenta y para acompañamiento, pero principalmente nos centraremos en la evidencia de la utilización de animales para el beneficio de la salud de los seres humanos.

Martínez Artime Aida, Matilla Martínez Marta y Todo Llorens Marta (2010) afirman que “Hay evidencia de que, en la antigua Grecia, se daban paseos a caballo a personas que padecían enfermedades incurables como parte de la terapia para aumentar su autoestima” (p.4).

Las primeras teorías sugerían que la convivencia con los animales influía significativamente para que las personas se tranquilicen y se sintieran relajados, motivándolas a socializar.

De acuerdo con John Locke (1669) “defendía que la relación con animales tenía una función socializadora “(como se citó en Martínez Artime Aida, 2010, p.4). Por otro lado, Tuque William (1972) En el asilo de York, en Inglaterra, “intuyo que los animales podían propiciar valores humanos y autocontrol en enfermos, mediante refuerzos positivos” (Como se citó en Martínez Artime Aida, 2010, p.4).

Martínez Artime Aida (2010) afirma que “en 1867 los animales de compañía empezaron a utilizarse como parte del tratamiento de enfermos epilépticos en Bethel, Bielefield y Alemania” (p.4). B. Ross Samuel (1948) “fundo en las cercanías de Nueva York el centro de Green Chimneys, una granja para la reducción de niños y jóvenes con trastornos de comportamiento mediante el tratamiento con animales. (Como se citó en Martínez Artime Aida, 2010, p.5).

M. Levinson Boris (1953) descubrió de manera inesperada el potencial como coterapeuta de su perro Jingles al recibir una visita no programada dicha visita en la consulta de su casa. Al no estar programada dicha visita Jingles estaba presente, lo que permitió a Boris observar como el paciente, un niño con graves problemas de retraimiento, reaccionaba positivamente ante la presencia del perro. Así pues, el psiquiatra decidió incorporar a las sesiones de terapia esta interacción entre el perro y el paciente, comprobando una gran mejoría en el estado mental del niño, ya que le ayudaba a tranquilizarse, comunicarse y expresar sus emociones. Esto le impulso a llevar a cabo una amplia investigación que le lleva a sentar las primeras bases de lo que hoy conocemos numerosos como terapia asistida con perros (Martínez Artime Aida, 2010, p.5).

Martínez Artime Aida (2010) afirma que “a partir de los años 60 cuando, impulsados por las investigaciones de Levinson, empezaron a efectuarse numerosos estudios sobre la influencia

de los animales de compañía en la salud humana. Desde entonces, se han encontrado numerosos beneficios en el aspecto físico, mental y social” (p.5).

En los años 70, Samuel y Elisabeth Corsos realizaron un programa para evaluar la viabilidad de la Terapia Asistida con Animales de compañía (TAAC) en un entorno hospitalario, obteniendo excelentes resultados. Para ello emplearon perros en un hospital psiquiátrico con 50 pacientes que no respondían al tratamiento tradicional, obteniendo un aumento de la comunicación y la autoestima, además de la independencia y capacidad de asumir responsabilidad para el cuidado de los animales. A partir de entonces son numerosos los estudios realizados sobre la interacción entre animales y humanos. (Martínez Artime Aida, 2010, p.5).

Por otro lado, en España se fundó en 1987 Gallina Blanca Purina (desde 2002: fundación affinity), pioneros en España en la implantación y financiación de programas de terapia asistida con animales. Estos programas van dirigidos a personas marginadas por la edad (ancianos), la delincuencia (centros penitenciarios), sus capacidades (niños autistas, hipoacúsicos, disminuidos), o por enfermedad (sida, pacientes psiquiátricos). (Funes Lapponi Silvina Graciela y Lajas Manzano María Natalia, s.f, p.10).

A partir de ello se emplean más asociaciones interesadas en el beneficio físico y emocional, a partir del entrenamiento de animales y formación de especialistas para la terapia asistida con animales, Funes Lapponi Silvina Graciela y Lajas Manzano María Natalia, aportan la siguiente información:

- 1- La fundación ONCE del perro-guía se creó en 1990, a la federación Internacional de Escuelas de Perro Guía.
- 2- La fundación Bocalan, dedicada a formar profesionales caninos y desarrollo de programas para la integración de personas con discapacidad, a través de la terapia asistida con animales.
- 3- Fundación caballo amigo y la fundación Tiovivo, utilizan la rehabilitación ecuestre (equinoterapia o hipoterapia) en niños con Síndrome de Down, parálisis cerebral o espina bífida.

Estas asociaciones trabajan para el mejoramiento de la salud física y emocional del paciente, a través del tratamiento profesional asistido con animales.

La Terapia Asistida con Animales (TAA) puede ser de gran ayuda y apoyo para personas con capacidades diferentes, permitiéndoles una mayor independencia de sus familiares, ya que el animal compensa algunas de las capacidades en la que el paciente tiene deficiencias, como en el caso de la vista, la audición o incluso la motricidad, donde el animal guía a la persona en sus tareas diarias. La psicoterapia asistida con animal es una modalidad de tratamiento psicoterapéutico, como el arte y el baile que brinda beneficios psicológicos al ser humano, pero a diferencia de otros tipos de tratamientos, los animales domésticos permitirán que el paciente pueda sentirse más cómodo, menos ansioso, mejor motivado y con menor resistencia durante el tratamiento.

“Los animales son capaces de inducirnos un estado de relajación inmediata, psicológicamente tranquilizador por el simple hecho de atraer y mantener nuestra atención”, (Katcher, 1983 en H. Fine Aubrey, 2003, p.16). Los animales que participan en un tratamiento psicoterapéutico desempeñan roles de un coterapeuta, beneficiando desde la primera visita, logrando apoyar al terapeuta en la participación del paciente, por lo que este no se sentirá juzgado como en el

caso de un coterapeuta humano; proporcionará un estado de confianza y relajación, sobre todo a los niños, porque al haber animales cerca, logra la sensación de sentirse menos la tensión de ser evaluados.

H. Fine Aubrey (2003) afirma que “Los animales parecen actuar como ayudantes válidos para construir ambientes en los que se sientan más acogidos y seguros” (p. 204), contribuyendo a un clima más cómodo para el paciente. Es importante considerar los animales adecuados para tratamiento psicoterapéutico, por lo que existen animales que pueden generar ansiedad en los pacientes, esto debido a las fobias o prejuicios que comúnmente provocan, como son las serpientes, leones y/o tigres; además de su instinto salvaje, lo que genera desconfianza, tensión y miedo.

Igualmente, unas de las desventajas que existen al utilizar animales silvestres en TAA o psicoterapia asistida con animales es que pueden no adaptarse en cautiverio, como es el caso de los delfines, tigres tc., generándoles a estos animales ansiedad, el cual puede transmitírsele al paciente durante el tratamiento, no obstante, existen fobias debido a ideas irracionales que también han podido ser superadas al llevar un tratamiento con animales y fomentar la convivencia agradable, así modifican su percepción hacia ellos, se permiten conocerlos, aprender de ellos e informarse sobre su comportamiento. Con ello, no se descarta la idea de que utilizar animales silvestres para este proceso terapéutico no es el más idóneo, porque estaríamos colaborando en el maltrato animal con su captura y participación en el tratamiento, ya que requieren del uso de sedantes, y al no ser animales domésticos, son incapaces de adaptarse al ser humano y su ambiente; recordando que pueden reaccionar con un instinto agresivo, lo cual sería fatal para los usuarios por su tamaño, a diferencia de los perros, gatos, aves y/o animales de granja que son de menor tamaño, dóciles y adiestrables.

De acuerdo con Burch (1996), Mallon (1994), Mc Cowon (1984), Diesch (1984) y Nathansan (1984). existen variedad de terapias y psicoterapias asistidas con animales, donde son utilizados distintos animales entre las especies más comunes podemos encontrar:

- Las aves quienes son agradables estímulos visuales por sus colores y movimientos, de los más comunes para TAA son los periquitos, canarios y los pinzones, además de ser grata la experiencia de alimentarlo en las manos de las personas o niños.
- Los animales de granja, adecuados para reforzar conductas de responsabilidad, como el atender a estos animales, hacer conciencia de las necesidades básicas de los seres vivos y la puntualidad en cuanto a los quehaceres de la granja. Por otro lado, son utilizados únicamente caballos, para su tratamiento, donde la equino terapia consiste principalmente en disfrutar de montar a caballo, con el reto que en ocasiones implica.
- Los animales de cautiverio, de los más comunes el delfín, donde se busca con la convivencia de estos animales y el contacto el agua, la sensación de placer y tranquilidad para el bienestar del paciente, ya que influye positivamente a nivel cognitivo, emocional y físico.
- Los gatos, pueden ser buena opción para animales de asistencia para quienes le generan temor los perros o alguna alergia, aunque no son dóciles ni tan fácil de adiestrar, por lo que son utilizados gatos con una personalidad más tranquila, que disfrute las caricias y que no sean asustadizos con los movimientos o ruidos bruscos que se generen a su alrededor.

- Los peces, estos animales pueden tener el mismo efecto de estímulo visual que las aves, por el movimiento y variedad de colores que se les caracterizan, además de que existen diferentes peces que pueden llamar nuestra atención por sus formas o comportamiento, por ello son buenos para relajar, lo que resulta favorable para algunos consultorios dentales.
- los perros son animales comúnmente utilizados para asistencia, pues se consideran idóneos para trabajar en terapias, por ser sociables y mejor adiestrables, pero para este tipo de animales es importante considerar las razas, por sus distintas características que le definen, como si es: juguetón, agresivo, afectuoso, dominante, etc. considerando también el tamaño para el tipo de pacientes que se trabaje, con estos animales al igual que los anteriores debe procurarse su bienestar y salud, pero a diferencia de otros animales los canes deberán contar con un control adecuado de sus vacunas, desparasitación, un examen físico completo sobre su condición así como un examen para evaluar su temperamento para conocer si es idóneo a formar parte de los canes de asistencia, donde deberá responder positivamente.

Como ya se mencionó los animales brindan distintos beneficios al ser humano, y todos los animales pueden ser estímulos importantes que llamen nuestra atención, pero no toda la variedad de animales serán adecuados en un tratamiento psicoterapéutico, donde se sugiere que los animales de granja y domésticos son los mejor empleados y adecuados, pues hay mayor práctica de tratamientos en México, además de generar un vínculo cercano con el ser humano, a lo que algunas asociaciones optan por los canes, por ser más sociables y nobles con el ser humano. A su vez los canes tienden a adaptarse dentro del hogar y a buscar convivir con el ser humano, por otra parte pueden ser adoptados de perreras o de la calle, dando una oportunidad a estos animales a mejorar su calidad de vida, o bien entrenados y criados desde pequeños, como es el caso de los perros del centro Bocalan, donde existen una gran variedad de canes, de distintas razas de perros con mejor temperamento, esto da una gran variedad de perros adecuadas a este tipo de terapia, que revisaremos más adelante.

Aunque hay autores que sugieren que no todos los canes por su raza son benéficos para el ser humano, existen autores que contradicen esta idea, mencionando que, sin importar la raza, los perros o en su mayoría son benéficos para el ser humano, ya que la presencia de un perro puede atraer emociones positivas. L. D. Rojas Gabriel (1996), afirma que “la presencia de un perro, sea de caza, guardián, pastor, de agua, bulldog, San Bernardo o galgo, otorga serenidad y calma, estados muy útiles para reducir el estrés, la ansiedad, la depresión u otras enfermedades nerviosas” (p.31), siendo benéficos para el tratamiento psicoterapéutico.

Los perros como animales de compañía, por ser considerados como el mejor amigo del hombre, son uno de los mejores compañeros para los seres humanos, los siguen a todas partes dentro de la casa, facilitan la convivencia, interacción y aceptación con las personas de su alrededor, beneficiando psicológicamente y emocionalmente, a los niños los benefician a tener conductas más aceptables, como ser más sociables, empáticos y sensibles con los demás. De acuerdo con Bryant (1990): “Los animales, en el hogar pueden contribuir a que los pequeños desarrollen un mayor sentimiento de empatía hacia los demás” (Como se citó en H. Fine Aubrey, 2003, p.217).

Además de que los perros son un estímulo para que los niños puedan tener una mayor participación durante el tratamiento, prestar una mejor atención o concentración, así como el aprendizaje de valores importantes como el respeto y empatía, reduciendo con ello conductas agresivas y aumentando comportamientos más humanos o sensibles, además de que los perros son animales dóciles y fieles con sus amos a diferencia de los gatos u otras mascotas, benefician en el control de estrés, irritabilidad y depresión; aumentan la confianza y con ello facilita las interacciones con los demás. Así mismo, Mallon (1994), afirma que “Levinson M. Boris en 1962 fue el primer psicólogo clínico que introdujo y documentó formalmente la manera en la que los animales de compañía podrían acelerar el desarrollo de una relación entre el terapeuta y el paciente, aumentando la motivación del paciente” (como se citó en H. Fine Aubrey, 2003, p.136).

Por otro lado, se sugiere que, Gracias a la compañía de los animales, los humanos tienen el consuelo de una relación necesaria de cercanía con alguien, desarrollan un respeto hacia sí mismos, un sentido de independencia y responsabilidad, se mantienen en contacto con la realidad y disfrutan de una mayor autoestima (Barrio Gunter, 2002, p.240).

Como se menciona, la relación de los seres humanos con los animales es benéfica y saludable, ha sido de gran ayuda y complemento en distintos tratamientos físicos, emocionales y psicológicos durante años, donde, para su comprensión es necesario distinguir entre tratamiento físico y psicológico, por ello se hablará del concepto que lo distinguen para evitar confusiones al referirnos a cualquiera de los dos tratamientos.

1.1 CONCEPTOS BÁSICOS DE TERAPIA, PSICOTERAPIA Y TRATAMIENTO

Hablar de tratamiento es un concepto muy amplio, lo que, en este caso se enfocará solo del tratamiento dentro de la medicina, el cual significa aquella forma o acción que tendrá el fin de tratar a la persona para mejorar su salud, curar o en su efecto aliviar los síntomas de la enfermedad después de haberse diagnosticado. Por otra parte, el término de tratamiento se referirá a ambas formas de tratar a las personas para mejorar su salud, generalizando la terapia y psicoterapia en el uso de animales domésticos.

La terapia o psicoterapia asistida con animales es una intervención individual con fines médicos, donde el término “terapia” hará mejor referencia a una acción, procedimiento e intervención con el fin de curar distintas problemáticas físico, cognitivo o reforzar la motivación, mientras el término “psicoterapia” hará referencia a procedimientos psicológicos para tratar problemáticas enfermedades psíquicas o de la sugestión, modificando el pensamiento, las emociones y así finalmente la conducta. En ambos tratamientos, el uso de animales va a beneficiar como estímulo importante para generar un ambiente cómodo y tranquilo, además de que en la psicoterapia los animales son ideales para conectar al paciente del psicólogo.

La terapia asistida con animales TAA o psicoterapia asistida con animales es una forma de tratamiento con objetivos específicos, donde existe el vínculo persona-animal como parte del

tratamiento, seleccionando a los animales idóneos para entrenar y que puedan cumplir los criterios específicos y junto con los profesionales apoyen a cumplir los objetivos del tratamiento; así mismo, existen actividades asistidas con animales AAA pero a diferencia de los tratamientos mencionados anteriormente, las actividades persiguieran objetivos para mejorar la calidad de vida del paciente, a través de acciones , mediante el mismo vínculo persona -animal, pero a diferencia de la terapia y la psicoterapia, las actividades no son dirigidas por un terapeuta.

De acuerdo con Patterson (1980), un tratamiento psicoterapéutico es un proceso que implica un tipo de relación especial entre una persona que pide que le ayuden con un problema psicológico y una persona formada para proporcionar esta ayuda [...] para ayudar a los individuos a superar los obstáculos que dificulten su crecimiento personal, donde sea que los encuentren, y a conseguir un desarrollo óptimo de sus recursos personales (como se cito en H. Fine Aubrey, 2003. p.442).

Cabe mencionar la diferencia entre tratamiento asistido con animales de las Actividades Asistidos con Animales, donde estos últimos son parte de la distracción y el juego donde participan más de una persona, un animal o varios animales de asistencia y el guía y por el contrario la TAA o Psicoterapia Asistida con Animales, difiere del uso de los animales como juego distracción, ya que la TAA es una ciencia aplicada que usa animales para solucionar un problema humano donde solo participa el paciente, el terapeuta y el animal de asistencia.

La TAA es un enfoque interdisciplinario en el que se utilizan animales como los perros para el complemento de un tratamiento, con objetivos y procedimientos específicos, donde se evalúa y da un tratamiento a cada paciente. En México existe poca información respecto a la psicoterapia asistida con animales, incluso hay solo algunas instituciones encargadas de brindar apoyo psicoterapéutico con perros, pues en su mayoría de estas asociaciones están enfocadas a la terapia física asistida con animales, de las cuales se enfocan a la rehabilitación de personas con alguna dificultad o deficiencia motriz, donde se utiliza regularmente el uso de caballos para estas terapias asistidas con animales.

Siendo los animales de gran apoyo psicológico, no se tiene suficiente información sobre este tipo de tratamiento en México, esto debido a que es una modalidad de tratamiento nuevo, que ha resultado útil incluso a niños víctimas de abuso sexual, donde en otros países como en España, han asignado instituciones específicas para sacar a un niño del trauma vivido facilitando la interacción del niño con su terapeuta desde la primera sesión.

Aquí en México se da la atención a menores Víctimas de abuso sexual comúnmente con los diferentes enfoques de psicoterapéuticos donde se sabe de su efectividad, sin embargo, no se puede negar la eficacia y que implica la participación de animales de asistencia para su tratamiento, así como la facilidad que estos animales crean para el vínculo con el terapeuta y el gusto por la psicoterapia que los menores adquieren al tratamiento, así como su pronta recuperación. A lo que Bazron (1993), afirma “puede ser que el Dr. Dolittle hablara con los animales, pero Fine utiliza a los animales para hablar con los niños, ayudándoles a relajarse, adquirir confianza y expresarse” (como se citó en H. Fine Aubrey,2003, p.203). Como se mencionó, en un tratamiento psicoterapéutico deben cumplirse objetivos específicos para el

tratamiento del paciente, donde se mencionará a continuación algunos de los objetivos por cumplir en la TAA.

1.1.1 Objetivos de la terapia asistida perros

La TAA o Terapia Asistida con Animales es una intervención terapéutica con animales, con metas específicas, donde participa un animal o perro de asistencia para el tratamiento, los cuales son seleccionados por razas o especies y entrenados. El objeto principal es la mejora del paciente con la intervención y ayuda de los animales de asistencia, donde existe un proceso organizado y evaluado por profesionistas.

La terapia asistida por animales difiere del uso de animales como distracción, en que la TAA es una ciencia aplicada que usa a los animales para solucionar un problema humano. Se trata de un enfoque interdisciplinario en el que se emplean animales como complemento de otros tratamientos. Es un programa con objetivos, que usa un procedimiento de medida y evaluación (Gammonley y Yates, 1991 como se citó en H. Fine Aubrey, 2003, p.31).

Cabe mencionar que en un tratamiento psicológico asistido por animales, únicamente participan el psicólogo con experiencia en el tipo de tratamiento, el animal de asistencia que participa como coterapeuta o facilitador del tratamiento y desde luego el paciente candidato al tratamiento; el psicólogo será el guía para llevar a cabo los objetivos del tratamiento a seguir, quien desarrollara sus objetivos generales y específicos a cumplir de acuerdo a su paciente, en algunas asociaciones se incluye un guía del perro, encargado de dirigir al animal y apoyar al terapeuta en las actividades, sin embargo es más factible que el mismo psicólogo puede tener estos conocimientos, de cómo dirigir al can en los ejercicios terapéuticos; y el paciente, quien anteriormente deben haber investigado para saber si es candidato o no al tratamiento de acuerdo a su historial, o si en efecto existe alguna inconveniencia con el tratamiento, como pudiera ser las fobias y alergias, para ello se desarrollan normas éticas a considerar durante el tratamiento.

1.1.2 Normas y consideraciones éticas para usuarios y animales de asistencia

Un tratamiento asistido con animales busca satisfacer las necesidades de salud psicológicas o físicas del ser humano con el tratamiento asistido con animales, sin que el paciente pueda sentirse incómodo e inseguro con la presencia de un animal, un tratamiento como la TAA ofrece beneficios terapéuticos con la ayuda de los animales, cuidando tanto la higiene, salud física y emocional del animal, ya que procura las necesidades de los pacientes, el personal y de los animales, verificando cuando estos últimos se encuentren tranquilos, percibiendo estados de estrés por la sobrecarga de trabajo o alguna situación estresante para el animal, para evitar reacciones agresivas que perjudiquen al personal de salud o a los pacientes, es por eso como en todos los tratamientos, existen normas dentro de la medicina para procurar la calidad de servicio y salud de los pacientes, así como evitar posibles enfermedades y complicaciones a causa de agresiones por los animales de asistencia, para beneficiar al paciente y procurar el sano tratamientos asistidos con animales; estas normas éticas busca proteger la salud del paciente, el personal médico y el animal de

asistencia, llevando a cabo un seguimiento de protocolos en la selección del animal de asistencia (New y Strimple, 1998; Young, 1986).

Para que un tratamiento asistido con animales sea exitoso, Según las normas de práctica, existen algunas características o criterios que deben cumplir el personal de salud: donde un grupo multidisciplinario de especialista sea capaz de organizarse para el buen funcionamiento del tratamiento, un contexto idóneo sin distractores y un espacio tranquilo para desarrollar el tratamiento con animales de asistencia que cumplan con las habilidades de fiabilidad, capacidad de predecir, control de la situación, adecuación, salud física y las razas específicas que puedan caracterizarse por ser empáticos, sociables y tratables (Maureen Fredrickson, Ann R. Howie, s.f).

Además del proceso de selección y adiestramiento, habría que garantizar que todos los animales que participan en el programa de TAA disfruten con la actividad, limitar el tiempo de trabajo del animal y protegerlo de accidentes o de las conductas agresivas de algunos pacientes son responsabilidades importantes que debe afrontar el equipo humano. La calidad de la TAA se resiente si la experiencia deja de ser positiva para todos, incluyendo los animales. (H. Fine Aubrey, 2003, p.262).

Por ello es importante considerar las necesidades físicas, psicológicas del animal de asistencia, saber si está bien, si está agotado o está siendo abusado con muchas horas de trabajo, ocasionándole estrés o ansiedad, para ello es indispensable tomar en cuenta las normas y consideraciones éticas al trabajar con estos seres vivos, respetando la seguridad de los animales con quien se trabaja, el trato adecuado a los animales lograra que se cumplan las actividades correspondientes del tratamiento de forma adecuada. Cuidando no solo la imagen que proyecta el animal, si no, además la imagen de la institución para el público en general, siendo esta modalidad de tratamiento más atractiva y que más personas deseen tomarlo.

Además de que la persona desee tomar el tratamiento, debe tenerse información del paciente, para saber si tiene algunas fobias, alergias, o si es vulnerable a enfermedades zoonóticas como consecuencia de algún problema de salud que le haga vulnerable, así mismo si le causa aberración los canes o algún animal a quien generalice. “Todos nosotros estamos predispuestos, como consecuencia de las experiencias acumuladas a lo largo de la vida, a manifestaciones reacciones individuales específicas ante determinadas especies o razas” (H. Fine Aubrey, 2003, p.96).

Como seres humanos, tenemos diferentes tipos de personalidad, nuestros gustos son diferentes y las razas de los perros no son la excepción, así mismo hay quienes les gustan los perros y a quienes no, por ello la importancia de conocer al paciente y de anticiparse sobre incidentes que podrían suceder, dentro de la institución existen reglamentos claros para aprender a conducirse dentro de la institución y evitar problemas de salud en caso de ser alérgicos los pacientes, o agresiones de los animales y a los animales, también al querer atender a pacientes con historial de agresiones a los perros; Saber que pacientes son idóneos al tratamiento, así como las conductas que son permitidas y cuáles no, beneficia el tratamiento del paciente, se realiza un tratamiento adecuado donde participa el personal de salud y los animales, también debe de haber protocolos de salud que el mismo personal de salud conozca y los lleve a cabo para proteger la seguridad y salud.

El personal sanitario, el terapeuta, pacientes y los animales de asistencia, debe recibir la formación específica para un mejor funcionamiento terapéutico, donde la participación de todos es importante. De acuerdo a Hines y Fredrinkson, s.f afirman que, “[...] sin una adecuada formación para aplicar la TAA, los terapeutas pueden incorporar inadecuadamente los animales y obtener malos resultados” (como se citó en H. Fine Aubrey, 2003, p.231).

Se ha mencionado la importancia de considerar los criterios adecuados para trabajar con los animales de asistencia en un tratamiento psicoterapéutico, en este sentido se han considerado útiles las siguientes reglas.

para las distintas asociaciones e instituciones encargadas del tratamiento asistida con animales; la asociación Green Chimneys aportan la siguiente información que practica en sus tratamientos (H. Fine Aubrey, 2003).

- Los animales deben recibir la aprobación del administrador de la organización o de una persona designada a tal efecto.
- Se consideran animales adecuados los perros, los gatos, los pájaros, los peces, los hámsteres, los jerbos, los conejillos de indias, los conejos y, si existen las condiciones apropiadas, animales de granja, como cabras, ovejas, patos, pollos, vacas y caballos.
- En el programa no se admiten los animales salvajes, a no ser que estén bajo los cuidados y la supervisión de una persona especializada y, en tal caso, solo para seguir un proceso de rehabilitación.
- En el momento de la admisión se abre una ficha sanitaria para cada animal, que se mantendrá actualizada durante todo el tiempo que el animal pertenezca en el centro.
- Las vacunaciones de los animales deben estar al día.
- Actualmente un veterinario cualificado realizara una revisión a todos los animales.
- Los animales enfermos se someterán a un tratamiento dirigido por un veterinario cualificado.
- Los animales agresivos se eliminarán inmediatamente.
- Los perros y los gatos, tanto machos como hembras, deben ser castrados.
- El administrador o una persona designada a tal efecto, será responsable de que las prácticas ganaderas que se realicen sean aceptables.
- Los animales deben ser controlados mediante una correa, órdenes o jaulas.
- No se permite la presencia de animales en las siguientes zonas: zonas en las que se limpian, almacén o preparan alimentos; vehículos empleados para el transporte de alimentos, lavabos, duchas o vestidores de los pacientes/ personal; zonas de preparación de medicamentos, salas de enfermería y habitaciones estériles o lavaderos.
- Todos los utensilios de los animales de compañía, su comida y el material empleado para el mantenimiento de los animales, debe mantenerse en una zona separada, de las áreas de preparación de comida para los pacientes.
- los animales deben alimentarse según un programa expuesto en la zona donde viven y son cuidados.
- No se debe suministrar a los animales alimentos destinados a las personas.
- Los animales dispondrán siempre de agua limpia.
- Las personas que manipulen los alimentos no están implicadas en los cuidados, alimentación o limpieza y eliminación de heces.
- Tanto los perros como los gatos deben estar entrenados para orinar o defecar en los lugares previos a tal efecto.
- deben de recogerse los desperdicios de los animales y eliminarlos en un recipiente especial para esta finalidad.

- Cualquier animal que muerda a algún miembro del personal o a un paciente debe mantenerse aislado durante 10 días.
- Los animales que mueran en las instalaciones de la institución deben eliminarse de acuerdo con el protocolo establecido en la organización.
- Se permitirá la visita de animales procedentes de fuera de la organización a través de un acuerdo preestablecido y bajo las normas de los animales de compañía visitantes.
- Se debe asear diariamente a los animales.
- Se animará a todos los empleados (con excepción de los empleados de la cocina, por razones sanitarias) a que se ocupen activamente de los animales.

Estos criterios reflejan de forma general las tareas que deberán cumplirse dentro de las asociaciones de TAA, para beneficio de los animales y salud de los usuarios que hacen uso de las instalaciones de la institución.

Como se señaló anteriormente, la importancia que tiene las consideraciones éticas para los usuarios y animales de asistencia, es brindar un tratamiento de calidad. Además de lograr dar un tratamiento adecuado; existen lineamientos o reglas que protegen la integridad de los pacientes, médicos, personal de servicio y los animales de asistencia, donde las instrucciones y el reglamento sean claros para evitar confusiones y poder llevarse de forma correcta y el especialista sea capaz de orientar el tratamiento de forma adecuada, con un trato respetuoso incluso con los animales de asistencia, así como no permitir su maltrato. Agnew (1988) ha sugerido sobre la postura social que podríamos tener hacia la violencia que existen en contra de los animales, “El daño infligido a los animales debería ser (1) socialmente inaceptable, (2) intencionado o deliberado y/o (3) innecesario” (como se citó en H. F. Aubrey, 2003, p.368)

La violencia y el abuso en infantes podrían ser identificados también en los animales, pues ambos cumplen ciertas características como seres vulnerables, a continuación, se mencionan los tipos de violencia que existen en contra de los niños, que no es ajeno a la violencia contra los animales.

los abusos de los animales pueden incluir actos de acción u omisión, comparables a los tipos de malos tratos a niños, como los abusos físicos y la negligencia en las necesidades nutritivas. Así, podemos fácilmente adoptar tipos de malos tratos a niños y aplicarlos a animales abusos físicos y sexuales, abandono y abusos emocionales. (H. Fine Aubrey, 2003, pp.368-369).

Estos abusos mencionados anteriormente y muchos más sufren los animales que se encuentran en hogares con ambientes hostiles, sin embargo, existen instituciones donde también pueden sufrir otro tipo de maltrato animal como el exceso de trabajo y estrés, que incluso pueden perjudicar el adecuado tratamiento psicoterapéutico del paciente, ya que el can tiene derecho de tener su espacio y actuar libremente como un animal. Hubert y Turner (s.f) en H. Fine Aubrey (2003) afirma que “si un animal no recibe los cuidados adecuados o padece estrés durante el trabajo, la relación persona-animal no se desarrolla eficazmente” (p.232).

Es de esperarse que si un animal no está física ni emocionalmente estable, esto repercute en el rendimiento del can durante las sesiones y por lo tanto se verá reflejado en el tratamiento con el paciente, por lo que disminuirá su motivación a participar de la misma forma que lo haría un can bien alimentado, descansado y saludable; similarmente al estar bajo mucho estrés podría tener conductas agresivas o apáticas con las personas, por ello debe haber también un reglamento donde se procure el bienestar del animal , además que debe tratarse con respeto por ser un ser vivo. H. Fine Aubrey (2003) afirma que “el animal debe disponer de un refugio seguro dentro de

la consulta en el que pueda permanecer si está cansado o estresado” (p. 232). Por lo que un animal de asistencia durante las sesiones terapéuticas no es libre de comportarse naturalmente, necesita espacio para descansar después de cada sesión, de igual forma que las personas incluso el terapeuta necesita su espacio y descanso después de las sesiones.

Ya que es común que los animales de asistencia o terapia asistida puedan sufrir de abuso físico como fatiga, o malos trato por pacientes, que incluso padezcan de estrés, por el constante trabajo y convivencia con los demás, debe procurar el bienestar del animal. Lannuzzi y Román (1991) sugieren que “a diferencia de las mascotas domésticas, los animales institucionalizados pueden estar “de servicio”, es decir, activos, la mayor parte del día, por lo que existe el abuso potencial asociado con la fatiga y el estrago” (como se citó en H. Fine Aubrey, 2003, p.28).

Para evitar maltratos y abusos de los animales existen puntos que deben tomarse en cuenta; de acuerdo con H. Fine Aubrey (2003) los cuidadores más eficaces son los que están familiarizados con los siguientes temas.

- Su función y responsabilidad en las interacciones de terapia y actividades asistidas con animales T/AAA
- El funcionamiento de lo que requiere el animal.
- Estrés del animal
- Defensa de los animales
- Técnicas de interacciones en T/AAA con personas afectadas por distintas discapacidades o enfermedades.
- Capacidad de conversar y escuchar.
- Como preparar, desarrollar y terminar una visita.
- Documentación.
- Protocolos y normas administrativas del centro.
- Control de infecciones.
- Técnicas para evitar lesiones.
- Cuestiones de responsabilidad.

Todos estos puntos y reglas son para brindar una atención adecuada, así como el cuidado de los animales que participan en el tratamiento, ya que se incluyen seres vivos que tienen necesidades, a lo que se concientiza incluso a los pacientes sobre las necesidades de los animales de asistencia. Ser empáticos sobre sus necesidades básicas, físicas y de alimentación, como aquellas necesidades de descanso y no llegar al extremo de sobre alimentarlos llegando a la obesidad, así como del comportamiento donde puedan ser libres de actuar en determinado momento sin que todo el tiempo se conduzcan bajo el entrenamiento, beneficia la salud del animal mostrándose motivado durante el trabajo terapéutico.

“los animales que participan en el programa de TAA disfruten con la actividad, limitar el tiempo de trabajo del animal y protegerlo de accidentes o de las conductas agresivas de algunos pacientes son responsabilidades importantes que debe afrontar el equipo humano” (H. Fine Aubrey, 1987, p.262). Además de procurar su bienestar físico, psicológico y emocional deben ser los perros de asistencia animales sanos para poder ser incluidos al tratamiento, prevenir lesiones o enfermedades, así como estar al día con sus vacunas y desparasitación para evitar parásitos internos y externos son cuestiones importantes con los que debe cumplir la asociación de TAA.

De acuerdo a H. Fine Aubrey (2003), los principios éticos básicos para la utilización de animales de terapia incluyen:

- Debe evitarse que cualquier animal utilizado terapéuticamente sufra abusos, malestar o dolor, tanto físico como mental.
- En todo momento deben proporcionarse los cuidados sanitarios adecuados al animal.
- Todos los animales deben de disponer de un lugar tranquilo donde puedan pasar un rato alejados de sus tareas “profesionales”. Los especialistas deben poner en práctica procedimientos de prevención sanitaria para todos los animales.
- Las interacciones con los pacientes deben estar estructuradas de tal manera que permitan mantener la capacidad del animal para servir como agente terapéutico útil.
- Nunca debe permitirse que un animal este sometido a una situación de abuso o estrés, excepto en aquellos casos en que el permitir este abuso sea necesario para evitar lesiones graves abusos del paciente humano.

Ya se mencionó la importancia sobre las consideraciones éticas sobre los animales, y de qué manera podría perjudicar el tratamiento en caso de no tener a los animales de asistencia en buenas condiciones, pero también es importante el contexto donde se trabaja, del cual se hablará en el siguiente apartado.

1.1.3 Contexto adecuado para la TAA

Se considera importante un reglamento para la selección de especies de animales, conductas, razas de canes y las capacidades idóneas del personal para un tratamiento asistido con animales, así como los cuidados de los animales coterapeutas, también es importante considerar el espacio adecuado para brindar la terapia con animales, ya que del lugar con que se cuente, como el espacio abierto, dependerá del bienestar del animal y del paciente para su tratamiento. Depende del tipo de animales para la terapia, si son de granja, de cautiverio o domésticos, es el espacio condicionado para el tratamiento, por ejemplo en caso de animales de granja será adecuado un espacio abierto, con mayor vegetación, donde los animales estén instalados en corrales o establos con espacio de acuerdo al tamaño del animal, con alimento y agua, donde puedan estar en óptimas condiciones y el paciente tenga la oportunidad de convivir con los animales de forma segura, logrando se disfrute del lugar, sea agradable, proyecte confort para los animales y sea percibido para los menores que asisten, pues esta relajación al permanecer en ese lugar beneficiara a todos incluso a los terapeutas que participan en el tratamiento.

Sklar (1988) y Lang (1979), sugieren que “el desarrollo de una alianza terapéutica eficaz y puede comenzar con la creación de un entorno terapéutico adecuado. (Como se citó en H. Fine Aubrey, 2003, p.212); El contexto debe ser un lugar limpio, espacioso donde las dimensiones dependan de las actividades a realizar y los tipos de animales con los que se trabaje, procurando el aseo y comodidad de los animales.

Conocemos sobre algunas de las reglas y normas que se basan las asociaciones que practican TAA y la importancia del lugar donde se lleva a cabo, pero ahora debe también hablarse sobre las características que tienen estos animales de asistencia, que puede distinguirlos de las mascotas comunes.

1.2 ¿QUÉ ES UN ANIMAL O PERRO DE ASISTENCIA?

Un animal o perro de asistencia va a hacer un compañero útil para el ser humano, capaz de apoyarle en algunas tareas, como consecuencia de algunas deficiencias físicas que presente, como la visión o auditivas y/o motricidad, o un coterapeuta en un tratamiento psicoterapéutico el cual formara parte del tratamiento psicológico, beneficiando al psicólogo con las resistencias del paciente, también existen perros de asistencia para personas con capacidades diferentes como en el espectro autista o deficiencias motrices, donde un animal de asistencia será un guía para las personas con capacidades diferentes y se encargara de apoyar al humano en sus actividades durante el día, facilitándole distintas tareas que pudieran dificultársele, por ejemplo en el caso de una persona invidente, el perro de asistencia, que son uno de los animales de asistencia más comunes para apoyar a las personas, la dirigirá de forma segura y eficaz a su destino, las personas con deficiencias motrices también es común que tengan un perro de asistencia para apoyarles en las labores domésticas, de igual forma existen animales de asistencia para tratamientos, entre los más escuchados existen para rehabilitación física, donde los animales serán parte del tratamiento que apoyaran a las personas a su rehabilitación y recuperación física y en este caso se hablara sobre el tratamientos psicoterapéutico con animales de asistencia, donde el perro colaborara en el tratamiento de forma eficaz para la rehabilitación emocional de los pacientes, en todos ellos se debe tomar en cuenta las necesidades de los animales, tanto de alimentación, seguridad y descanso para su participación sin abusar de su paciencia u horas de trabajo.

Gunter Barrio (2002), afirma que los animales para servicio incluyen a los perros-guía para ciegos, los perros para sordos y animales de ayuda para minusválidos. En algunos programas se cría a los animales con un fin específico, mientras que otros se consiguen de las perreras locales y se entrenan para realizar las tareas especializadas que tendrán que ejecutar con sus compañeros humanos [con capacidades diferentes] (p.144).

Por otra parte es importante saber que muchas asociaciones pueden rescatar animales de la calle o de perreras para ser entrenados y participen en las actividades o tratamientos asistidos con perros, dándoles la oportunidad de tener un hogar y mejorar sus condiciones de vida, beneficiando y colaborando con esta noble causa, el rescate de animales de la calle y sobre todo sensibilizar a la población con la causa, pues el ejemplo es la mejor enseñanza para la responsabilidad y respeto hacia los seres vivos. En estos casos los veterinarios son otros especialistas importantes que participan en estas asociaciones, cumplen una importante función para evitar posibles enfermedades e infecciones que pudieran transmitírseles de los perros a los seres humanos, así como el chequeo general del animal para descartar estrés a causa de posible exceso de trabajo, que se menciona en las normas para TAA.

Por otro lado, se encuentran los entrenadores para los perros quienes corroboran que el can que se adopta, después de un entrenamiento cumpla con las habilidades y el temperamento para formar parte de un tratamiento, donde se eligen las razas de perros idóneos que se visualicen amigables y nobles, con un temperamento tranquilo para la convivencia con niños.

“En la práctica, los perros pueden constituir la única especie doméstica que puede entrenarse con garantía para realizar una amplia variedad de tareas domésticas para una persona con discapacidades, pero dentro de la población global de perros existen considerables diferencias individuales en lo concerniente a la adecuación de los animales para este tipo de trabajo” (H. Fine Aubrey, 2003, p.482).

Otras de las habilidades importantes de los canes que toman en cuenta para formar parte de la TAA, es que sea capaz el perro de convivir con los seres humanos y cumplir con ciertas habilidades, por otro lado se recomienda conocer al paciente, descubrir si es candidato para tomar un tratamiento asistido con animales, si le gustan los animales, una forma de descubrirlo es saber si anteriormente había tenido mascotas, su actitud, emociones hacia ellas y si le gustaría o no que participaran los animales en el tratamiento o en efecto puede generarle temores.

Por otro lado, personal sanitario, voluntarios con experiencia, cuidadores y profesionales del bienestar de los animales, recomendaron que los criterios mínimos para la selección de animales para Terapia o Actividades Asistidas con Animales T/AAA incluyera criterios médicos, criterios de temperamento/comportamiento y criterios con los que realizar un seguimiento de los animales. (New y Strimple, 1988, como se citó en H. Fine Aubrey, 2003, p.117).

Para que un animal o perro sea candidato para asistencia en TAA existen criterios que debe cumplir, además del tipo de raza de perros, de los que se menciona en el siguiente apartado.

1.2.1 Criterios de características para la selección de canes para terapia asistida con animales.

Los animales entrenados para participar en tratamientos son regularmente aquellas especies de animales que puedan adaptarse a la vida del ser humano, con los que el ser humano ha convivido durante años y forman parte de la vida cotidiana, los más utilizados son los animales domésticos, como los perros, por su apego al ser humano y desde luego por su variedad de razas.

Aunque cabe mencionar que el tipo de animal y la raza en el caso de los perros, no es el único requisito importante para seleccionar a los animales para un tratamiento, además de ello, deben cumplir con ciertas habilidades y capacidades, para formar parte de la psicoterapia, que puede ir aprendiendo durante el entrenamiento que reciba, pero de ello también dependerá su temperamento, si le gusta o no el trabajo que desempeña, pues de no gustarle será difícil que se adapte y pueda formar parte del tratamiento como coterapeuta, o de lo contrario solo se estresara y cansara.

Por otro lado, H. Fine Aubrey (2003), afirman que “si bien algunos perros no sirven para el trabajo de terapia, otros responden positivamente a la práctica y se acostumbran a situaciones

que al principio les producían nerviosismo o estrés (p.243). Para ello es importante conocer a los animales de asistencia, que un especialista pueda evaluarlo y saber si realmente puede acostumbrarse y disfrutar de la TAA el can o en efecto no está capacitado para adaptarse a este ambiente.

Cuando se habla del comportamiento y tipos de personalidad de un perro, frecuentemente se refiere a su temperamento, donde en asociaciones son evaluados por los especialistas para comprobar que cumpla con las características para animales de asistencia.

Las pruebas de temperamento no consideran los requerimientos específicos de los animales implicados en la T/AAA. Al principio se recomendaba que los criterios para la selección de animales tomaran en consideración los siguientes factores: características físicas, características de personalidad. (especialmente la posibilidad de predecir el comportamiento y la comunicabilidad de las actitudes del animal a través del lenguaje corporal), el grado de apego a las personas y la relación entre el perro y su propietario. (Holmes, 1998, como se citó en H. Fine Aubrey, 2003, p.118).

Si bien los autores coinciden en que debe de ser predecible el comportamiento del perro para poder ser seleccionado como animal de asistencia, también debe considerarse el tipo de animales por su compleción y físico con rasgos agradables, que generen confianza y que las personas puedan acercárseles sin que les genere miedo.

Las pruebas de aptitud usada por muchas organizaciones de TAA es el CGC (Canine Good Citizen) del American Kennel Club. La mayoría de los aspectos del test implican conductas aprendidas más que los rasgos de personalidad. Incluye aceptar la proximidad de un extraño amistoso, permitir que un extraño lo acaricie, permitir que un extraño lo examine y cepille [...]. Todos los componentes del test son igualmente importantes y obligatorios para la elección y la aprobación de un perro para TAA. (H. Fine Aubrey, 2003, p.243).

Cada una de las pruebas de aptitud para los canes, son aprobadas para evaluar la personalidad del perro, he identificar que sea idóneos para formar parte de los perros de asistencia, que puedan ser capaces y tolerantes para convivir con los distintos pacientes en la asociación. Por otro lado, los Standars of practice, se consideran que “los principales criterios de selección son la fiabilidad, la posibilidad de predecir, el control de la situación, la adecuación y la capacidad de inspirar confianza” (como se citó en H. Fine Aubrey, p.120)

Así mismo las normas de selección identifican que animales son fiables, controlables, poseen un comportamiento predecible y resultan adecuados para una determinada tarea de T/AAA, una población y un ambiente de trabajo. Se presta especial atención a la especie/raza, tipo, sexo, tamaño, salud, aptitud, idoneidad, y capacidad del animal, Además también se toma en consideraciones la calidad de la interacción entre el cuidador y el animal. (H. Fine Aubrey, p.116).

1.2.1.1 Fiabilidad

Cuando se trabaja con un perro de asistencia puede que la primera impresión que causa sea de confianza con la simple apariencia física que transmite a los pacientes y a los especialistas, pero para que un animal o perro de asistencia pueda ser de absoluta confianza debe ser

predecible también en sus acciones y comportamiento, por ello se mide la fiabilidad donde se conoce como actuara el animal o perro ante distintas situaciones o estímulos. De acuerdo con H. Fine Aubrey (2003); “La fiabilidad es la cualidad por la que un comportamiento es dependiente o muy probable en situaciones repetidas o similares” (p.120)

Los perros de asistencia son entrenados para que actúen de cierta forma ante las situaciones y personas, desarrollando la habilidad de ser fiable, por lo que se evita con el entrenamiento, que actúen agresivamente ante pacientes durante el tratamiento, es así como resulta eficaz el proceso terapéutico. “Para que una intervención terapéutica sea eficaz, el terapeuta debe confiar en que el animal responderá de una manera básicamente parecida ante situaciones similares” (H. Fine Aubrey, 2003, p.120).

Por ejemplo, si un niño se encuentra ansioso en su primera sesión, espera que el can de asistencia sea amigable, sociable y tenga una conducta obediente ante el terapeuta o personal de apoyo, en caso contrario el menor podría no sentirse cómodo ni en confianza y ni siquiera querrá acercársele para acariciarlo, o bien si el can tiene como objetivo transmitir un ambiente de relajación durante el proceso terapéutico, se espera que este actúe siempre tranquilo y sea sociable, de actuar asustado, intranquilo o agresivo, generara desconfianza y otras emociones al paciente, lo que perjudicara en el proceso terapéutico para lograr los objetivos esperados durante el tratamiento.

1.2.1.2 Posibilidad de predecir

No es suficiente saber que es fiable la conducta del animal ante distintas situaciones, sino que además sea frecuente para aumentar la posibilidad de predecir la conducta del can durante el trabajo terapéutico, por eso se hablara de cómo se desarrolla y relaciona esta habilidad. H. Fine Aubrey (2003) afirma que “la posibilidad de predecir significa que la probabilidad del comportamiento en circunstancias determinadas es alta” (p.121).

La posibilidad de predecir es parte fundamental del entrenamiento, donde se aumenta la posibilidad de la fiabilidad del can con su entrenamiento, desarrollando esta habilidad, ya que dé él depende también el tratamiento terapéutico.

Por ejemplo, en una actividad donde se necesite de la participación del perro, mediante el cepillado de su pelo, se espera que este actúe tranquilo y relajado como fue entrenado, en caso contrario o que actuara agresivo, o voltee la cara cada vez que lo tocan, o gruñera mientras lo cepillan, no causaría la misma confianza, sería poco posible predecir la fiabilidad de la conducta del perro, y como consecuencia se percibiríamos un posible peligro de ataque, por lo que tampoco sería adecuado al tratamiento.

1.2.1.3 Control de la situación

Se entrenan a los animales para que su conducta sea fiable y con mayor posibilidad de predecir, pero para tener un buen control de la situación también es indispensable supervisar el ambiente en el que se deben desarrollar los usuarios y los animales, donde se evite abusos a los animales, para evitar la reacción natural hacia la violencia u hostigamiento, ya que tendrán un límite de tolerancia. “Controlar la situación consiste en restringir, orientar o controlar el comportamiento [de animales y también de los usuarios]” (H. Fine Aubrey, 2003, p.121).

Ya que, aunque los animales de asistencia, son entrenados para que no muerdan o reaccionen a la primera provocación, es fundamental, mantener el buen trato hacia los seres vivos y respetarlos, para ello deberá existir un encargado como responsable del comportamiento de los animales, que pueda verificar también el trato que se les da, para poder dirigir la sesión y cumplir con el objetivo de la sesión.

1.2.1.4 Adecuación

Para brindar un mejor tratamiento y adecuado, debe procurarse que la situación, el ambiente y el animal sean apropiados, así como la posibilidad de predecir la fiabilidad del comportamiento del animal, para lograr los objetivos dentro del proceso terapéutico. “Adecuación significa encajar o estar cualificado para un fin determinado. Esta finalidad, en nuestro caso, son los objetivos que el terapeuta ha determinado para cada sesión” (H. Fine Aubrey, 2003, p.121).

El animal de asistencia deberá ser idóneo al tratamiento psicoterapéutico, donde también el terapeuta tenga los conocimientos y habilidades para este tratamiento, además para llevarse a cabo el menor deberá haber pasado anteriormente por una entrevista breve para saber datos importantes, como que no sea alérgico o les tema a los perros y pueda implementarse adecuadamente el proceso terapéutico y cumplirse los objetivos dentro del tratamiento del usuario.

Para ello, si un niño necesita de un tratamiento psicoterapéutico, pero le teme a la raza de perros más grande o con una característica en particular, se pueden seleccionar la raza de perro idóneo para el menor que le genere confianza. En otro ejemplo existen razas de perros adecuados a cada persona, por tanto, a un niño ansioso se le puede asignar una raza de perro más tranquilo y sociable, como un labrador en vez de un chihuahua que le provoque sentirse inquieto.

En cuanto al terapeuta o personal de salud, debe tener dominio en la forma como dirige el tratamiento, cuidando que también el animal de asistencia pueda disfrutar del tratamiento sin sentirse cansado, incomodo, ya que de ser maltratado puede comportarse como un animal sumiso o en su defecto agresivo, dependiendo del temperamento del perro, de igual forma el terapeuta debe sentirse cómodo y seguro de como dirige el tratamiento, ya que de lo contrario puede proyectar una transferencia negativa.

1.2.1.5 Salud física

Con la participación del perro en la psicoterapia, es importante tener un adecuado control de salud y de infecciones, ya que de ello también depende la salud del paciente, porque existen distintas enfermedades causadas en su mayoría por parásitos que son transmitidas entre humano- animal, donde los niños, adultos mayores y personas con enfermedades crónicas pueden ser las más vulnerables.

De acuerdo con Wishon (1998), “la mayoría de gatos y perros son portadores de patógenos humanos, que junto con los que pueden aportar otros animales, se han relacionado con más de 150 enfermedades zoonóticas” (Como se citó en H. Fine Aubrey, 2003, p.234). Por otro lado, Hines y Fredrickson (1998) destacan que “los datos relativos a la transmisión de zoonosis en cualquier programa de TAA demuestra que el riesgo es mínimo”. (Como se citó en H. Fine Aubrey, 1987, p.234).

Sin embargo, es importante conocer los tipos de parásitos que pudieran llegar a tener los animales de asistencia, desde los más comunes como las pulgas, hasta parásitos internos que pueden transmitir a las personas que conviven con ellos, si no se tiene la higiene adecuada o desparasitación a estos animales. “Algunos de los parásitos más comunes que afecta a los perros en nuestro país son los *toxocara canis*, *Ancylostoma caninum*, *Taenia spp.*, entre otros” (Alcalá Canto, s.f, como se citó en Pérez Herrera, 2016, p.10). “los parásitos que los perros pueden transmitir a las personas son las tenías y otros tipos de helmintos, *Cryptosporidiosis* y *Giardia*. En algunos casos raros los perros también pueden transmitir *Salmonella* y *Campylobacter*” (H. Fine Aubrey,2003, p.316).

Cabe mencionar que estos son unos de los principales parásitos causantes de enfermedades en los seres humanos y animales, para prevenir estos parásitos y otras bacterias es importante que se tenga higiene en los animales, se laven las manos los niños después de tocarlos o jugar con los animales de asistencia y se desparasiten con frecuencia los perros, o bien si se encuentran con diarrea puedan ser atendidos, esto para prevenir las enfermedades por parásitos, también es importante mencionar que aquellos con mayor posibilidad de transmitir bacterias son los cachorros.

Los cachorros generalmente nacen parasitados con *Toxocara canis*, y se re infectan al consumir más huevos larvados en el ambiente. Los humanos adquieren toxocarais al ingerir los huevos larvados, y aunque muchas infecciones por toxocara son asintomáticas, la migración de las larvas en órganos internos puede provocar una variedad de síndromes clínicos [...] (Alcalá, s.f, como se citó en Pérez Herrera, 2016, p.11).

Uno de los puntos generales para basarse en la salud del perro de terapia asistida, son los cuidados veterinarios, los cuales son los médicos los que se encargan de sus vacunas, salud física, higiene y el tipo de alimentación o dieta que deben llevar los animales, así como el control de parásitos internos y externos, con ello se beneficia al animal y se previenen posibles enfermedades e infecciones a los pacientes y el personal que convive con los animales.

La TAA, no solo busca un beneficio del paciente a nivel emocional y psicológico, sino que además es importante cuidar su salud física, mediante el cuidado e higiene del perro de asistencia y de la información adecuada sobre alergias del paciente.

Para reducir los problemas potenciales para la salud humana, los programas de TFA [Terapia Facilitada por Animales] deberían tener en cuenta (1) la selección de los animales, (2) los planes para evitar el contacto con animales a las personas alérgicas a los animales, (3) los programas extensivos de control de infecciones en el entorno institucional, (4) el diseño del programa de cuidado de los animales con veterinarios de salud pública, y (5) el desarrollo de un programa de supervisión y respuesta al problema (Schantz, 1990, como se citó en H. Fine Aubrey, 2003, p.29).

Así como los parásitos internos de los perros son transmitidos al organismo del ser humano, existen también parásitos externos que perjudican la salud del animal y que pueden transmitírseles al ser humano perjudicando su salud. “los parásitos externos (extoparásitos) incluyen a artrópodos parásitos (como garrapatas y ácaros), a la clase insecto (pulgas, piojos, flebótomos) así como otros vectores (chinchas). Todos ellos pueden causar desde lesiones en la piel y enfermedades, hasta zoonosis (transmisión al humano)”. (Cabrera Maira, s.f, como se citó en Pérez Herrera, 2016, p.14).

Por otro lado, Cabrera Maira (s.f), afirma “las garrapatas contagian de *leishmaniosis*, *anaplasmosis*, *ehrlichiosis* y enfermedades de *lyme*, las cuales pueden ser transmitidas al humano causando graves padecimientos que son confundidos con malestares comunes” (como se citó en Pérez Herrera Esaú, 2006, p.15). Por ello para los médicos veterinarios que atienden a estos animales cuidan la salud del animal, para evitar cualquier tipo de bacterias que comprometa la salud del perro y evitar desde luego su transmisión al humano.

Cabe mencionar que son muchas las enfermedades zoonóticas que pueden afectar nuestra salud, pero una de las más peligrosas para el ser humano “probablemente el toxoplasma la cual se transmite a través de las heces de los gatos, o por alimentos contaminados, ya que pueden afectar el cerebro, el pulmón, el corazón, los ojos o el hígado (de humanos y otros animales)” (Morales Ángeles, s.f, como se citó en Pérez Herrera, 2016, p.36).

Por ello la importancia de que los animales de asistencia tengan los cuidados necesarios, la atención de veterinarios quien supervise y estén al corriente de las vacunas del animal, la supervisión de las heces para descartar parásitos internos que perjudiquen la salud del perro, así como el control de parásitos externos (pulgas y ácaros), son necesarios no solo para prevenir que el perro enferme, sino también para evitar que sea transmitido al humano.

Por otro lado, el personal encargado de los cuidados del animal debe procurar la higiene del perro de asistencia, que las uñas del can se encuentren en buen estado, que se mantengan recortadas, su cama limpia, así como los alimentos del animal, para ello se evitan que consuma carnes crudas o poco cocidas, por ser un medio de transmisión de parásitos, se le procura con agua limpia y fresca, se evita que el animal consuma el excremento que defeca o de otros animales. Es importante que además de llevar a cabo estas medidas higiénicas, se indique a los usuarios o quienes convivan con el perro que se lave las manos antes de

comer y evite que el perro lama su cara o manos, ya que de esta manera podría transmitir los parásitos.

1.2.1.6 Razas

Distintas especies de animales son empleados para asistencia en distintos tratamientos, donde hemos considerado a los perros idóneos para la TAA, son buenos compañeros para el ser humano y son considerados como amigos incondicionales, por ser de los animales más amigables y fieles al ser humano. “Los perros tienen tendencia a ser atentos con sus compañeros humanos, pero frecuentemente dan muestras de alegría ante la presencia de otras personas, especialmente de los amigos” (H. Fine Aubrey, 2003, p.107).

por ello, en este apartado se mencionarán las razas de perros adecuadas y mayor utilizadas en el tratamiento asistido con animales para la psicoterapia, adecuados para apoyar en un tratamiento psicológico y emocional, gracias a su temperamento y capacidad de un entrenamiento exitoso.

Cabe mencionar que no todos los perros son adecuados para asistencia, pues algunas razas presentan mayor tendencia a reaccionar con conductas agresivas o violentas, donde se mencionara cuáles son las razas de canes idóneos al tratamiento psicoterapéutico, que tiendan a ser sociables, cariñosos y con baja predisposición a actuar con agresividad. A lo que H. Fine Aubrey (2003) afirma que “los Golden terrier suelen ser menos protectores que los pastores alemanes o los dóberman” (p.107).

En el caso de las asociaciones donde se adoptan animales de la calle para entrenarlos como animales de asistencia, no todos son de alguna raza en particular, sin embargo, con el entrenamiento y los distintos tests para evaluar su temperamento y habilidades, pueden descubrir aquellos perros aptos para participar como animales de asistencia, así mismo se seleccionan aquellos animales con características más amigables, lo cual, para algunos autores, la raza no debería importar, pues para ellos los perros generan el mismo beneficio sin importar si son de raza.

L. de Rojas Gabriel (1996) “En última instancia, la presencia de un perro, sea de casa, guardián, pastor de agua, Bull-dog, San Bernardo o galgo, otorga serenidad y calma, estados muy útiles para reducir el estrés, la ansiedad, la depresión u otras enfermedades nerviosas” (p.31). Es decir, sin importar la raza del perro, muchos de estos animales, son idóneos para mejorar nuestras emociones y reducir nuestros niveles de ansiedad. Sin embargo, hay autores que desaprueban a los perros como animales útiles en tratamientos, por ser propensos a enfermedades zoonóticas, causantes en su mayoría por los parásitos transmitidos por los canes, así como alergias y temores que genera. En este sentido, H. Fine Aubrey (2003), afirma que “hay muchas razones por las que los perros pueden resultar una especie totalmente inadecuada en determinados programas. Las alergias, las fobias y los riesgos de infecciones pueden hacer que otras especies, como los pájaros u otros pequeños animales resulten más adecuados” (p.127).

Cabe mencionar que por ello se tienen normas específicas para la prevención de enfermedades de perros por parásito, incluso para evitar la zoonosis (transmisión al humano), así mismo, debe haber información del paciente para saber si presenta alguna fobia o alergia a los perros, incluso enfermedad que le sea vulnerable a convivir con cualquier tipo de animales, pues se considera esencial tener esta información del paciente antes de iniciar algún tipo de tratamiento, para descartar futuras complicaciones y saber si los perros son de su agrado.

Por otro lado, será raro que busquen este tipo de tratamiento, aquellas personas con fobia a los perros, incluso si no representa ningún interés para ellas el tratamiento por temor a los animales. Sin embargo, también podría ser la excepción para aquellas personas que quisieran superar su temor con la convivencia adecuada con perros.

Además, no debe ignorarse que son los perros los principales animales que disfrutan de la compañía del ser humano, motivan a los menores principalmente desde la primera sesión a participar en su tratamiento, pues son los canes quienes transfieren alegría y tranquilidad. De acuerdo con Barrie Gunter (2002), "Los animales domésticos más estimados son aquellos capaces de conectar psicológicamente anfitriones humanos. Los perros y los gatos, por ejemplo, tienen emociones y estados de ánimo parecidos a los humanos, por lo que encuentran formas de resultar atractivos a sus dueños" (p.114).

Aun así, entre las razas de perros, puede o no ser consideradas en todas las asociaciones con este tipo de tratamiento, hay quienes, si se interesaran por el tipo de raza del can, ya que de ello también dependerá muchas habilidades y actitudes hacia las actividades del tratamiento.

Por otro lado, cabe destacar que los animales silvestres no resultarían adecuados al tratamiento psicoterapéutico, por no tener la capacidad de adaptarse a convivir con los seres humanos como ocurre con animales domésticos.

A lo que H. Fine Aubrey (2003) afirma que "El cuidador debe ser capaz de controlar la respuesta del animal ante un estrés limitado para evitar un estrés excesivo. Por este motivo la mayoría de animales exóticos o salvajes no resultan adecuados para los programas de TAA. Cuando estas especies muestran síntomas de estrés ya están excediendo sus límites" (p.128).

Al mismo tiempo de considerar en cada asociación el tipo de animal adecuado al tratamiento psicoterapéutico, se considera los enfoques psicológicos (Gestalt, Humanista, Conductual, Cognitivo-Conductual entre otros) adecuado, junto a estos enfoques y la ayuda del animal se lleva a cabo el tratamiento, donde el animal o perro de asistencia, beneficia en eliminar las resistencias del paciente durante la sesión, además de que a los niños les ayuda a confiar en el terapeuta.

Además de que los animales colaboran en las sesiones en un tratamiento psicológico, no perjudican o reemplazan al tratamiento o al psicólogo, sino al contrario, complementa el tratamiento, acoplándose a la mayoría de enfoques psicológicos, los cuales se hablara en el siguiente apartado.

1.3 ENFOQUES EN LA PSICOTERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES

La psicoterapia asistida con animales es una nueva opción como tratamiento para personas con problemas emocionales, puesto que hace más fácil la interacción entre el paciente y el terapeuta, con menos resistencias y transferencias negativas, ya que, al llevar una relación terapeuta-paciente siempre encontramos barreras, o transferencias negativas, donde el paciente a través de sus vivencias puede proyectarle al psicoterapeuta emociones negativas; con la ayuda de los animales no solo beneficia en la transferencia del paciente, sino además facilita la intervención desde el inicio entre terapeuta- paciente.

La transferencia negativa impide un ambiente cordial, seguro y de confianza, que es fundamental en el trabajo terapéutico para pacientes que carece de confianza ante un acontecimiento en su vida, por ello se ha acompañado junto los animales para trabajar con los distintos enfoques en la TAA, donde enfoques como Gestalt, humanista y conductual, terapia cognitivo conductual y la terapia racional emotiva, son unos de los enfoques más utilizados en el tratamiento asistido con animales, participando animales para una mejor motivación del paciente, teniendo el animal un rol de coterapeuta, con el beneficio de que el paciente no se sienta juzgado, ni evaluado, facilitando su participación y reduciendo la ansiedad durante el tratamiento. Cabe mencionar que los animales aportan cierta sensación de seguridad, agrado y calidez al ambiente percibiéndolo menos tenso. Beck (1986) sugiere que “los animales poseen la capacidad de modificar el entorno en que se encuentra una persona” (como se citó en H. Fine Aubrey, 2003, p. 213).

Por otro lado existen lugares que generan sensaciones de tensión, estrés e incomodidad como son los hospitales y oficinas, donde la presencia de una animal puede cambiar la forma como percibimos el ambiente; por ejemplo en una clínica donde la presencia de un perro logro que las personas de recepción, de aseo y pacientes pudieran platicar y divertirse al cargar a la mascota, compartiendo su gusto y experiencias por los canes, esta platica no solo hizo que mejoraran su estado de humor, además de rompieran el hielo y empezaran a compartir sus experiencias respecto a sus mascotas, logrando que los pacientes se sintieran menos tensos al entrar a consulta.

Las mascotas además de influir en mejorar la percepción del ambiente terapéutico, también permiten que el terapeuta pueda conocer mejor al paciente, observando la reacción que pueda tener con los animales o el can ante distintas situaciones. Por ejemplo, un adolescente que se altera a la primera dificultad en alguna actividad de juego con un can, podría reflejar su poca tolerancia a la frustración, o si le agrade verbalmente en el juego, podría reflejar el trato que sus propios padres tienen consigo, por el contrario, si reflejara paciencia y creatividad en la actividad, cambiaría la percepción del terapeuta respecto al niño y a sus padres.

La Psicoterapia Asistida con Animales es una modalidad de tratamiento terapéutico, donde se trabaja con distintos enfoques junto con los animales, (Nebbe, 1995, H. Fine Aubrey, 2003), algunos de los utilizados son:

- Terapia instrumental: donde hace posible que el paciente se vea motivado a realizar actividades que normalmente no realizaría, por ejemplo, un perro que ayude a un invidente a dar un paseo, donde la persona se puede percibir con mayor libertad,

autonomía para ser capaz de hacer diferentes actividades, convirtiéndose el perro en una extensión de la persona.

- Terapia relacional: estimula la interacción interpersonal en el trabajo terapéutico donde el animal es el medio terapéutico, mejorando la confianza y autoestima del paciente, pues se siente útil y amada.
- Terapias pasivas o de entretenimiento: donde el paciente disfruta de forma pasiva observar el comportamiento de los animales, o incluso de una pintura con paisajes naturales, ayudándole a disminuir el estrés y aumentar el estado de relajación.
- Terapia cognitiva conductual: en este tipo de enfoque psicológico se modifica el comportamiento y sentimientos del paciente a través de una reestructuración del pensamiento, un ejemplo de ello son las fobias irracionales hacia un animal donde se modificará la emoción del miedo y el comportamiento que le genera, a través de un conocimiento del animal, lo que permitirá cambie su pensamiento.

Los enfoques cognitivos de la terapia combinan los métodos de modificación del comportamiento con los métodos de reestructuración de los pensamientos, con el fin de conseguir cambios en el comportamiento y en los sentimientos del paciente (Thopson y Rudolph, 1992, como se citó en H. Fine Aubrey, 2003, p.460).

Donde se le ayuda al paciente a una mejor comprensión de sus emociones y experiencias para conducirse de forma adecuada, del mismo el aprendizaje de una mejor conducta modificara a nivel emociones y conductual en el paciente.

1.3.1 Técnicas más utilizadas en la terapia asistida con animales

Como todo tratamiento psicoterapéutico además de los enfoques mencionados, se retoman técnicas para formar el plan de intervención con su paciente, tales como técnicas de reestructuración cognitiva en la TAA, dentro de las cuales son utilizadas las siguientes:

- Terapia cognitiva de Beck
- Terapia racional emotiva Ellis
- Restauración racional sistémica de Golfried y G.
- Entrenamiento auto instrucciones de pensamientos automáticos negativos y creencias de esquemas cognitivos disfuncionales (incluido el estrés y ansiedad).

Si bien es común que la TAA se trata desde el enfoque conductual o Cognitivo Conductual, no es, exclusivo, pues como se menciona anteriormente puede trabajarse con otras corrientes psicológicas, siempre y cuando se conserve los objetivos y se trabaje los enfoques con coherencia, por lo que se plantean en el trabajo algunas teorías y autores psicoanalíticos, desde el punto de vista diagnóstico, así como a la comprensión del proceso terapéutico.

Mallon (1992), destaca que “los animales no deben considerarse como sustitutos de las relaciones humanas sino como un complemento, se ha observado que los animales parecen reducir las resistencias iniciales que el paciente puede desarrollar en las primeras fases de terapia” (como se citó en H. Fine Aubrey, 2003, p.206).

El tratamiento asistido con animales es flexible a distintos enfoques de la psicología, donde pueden trabajarse sin problema, acepto en el psicoanálisis por el símbolo con el que podría interpretarse un animal, sin embargo, también es benéfico y útil en el diagnóstico del paciente. Arkow (1982) sugirió que “el animal puede actuar como nexo de unión en la conversación entre el terapeuta y el paciente” (como se citó en H. Fine Aubrey, 2003, p.206).

Además, durante las primeras sesiones, puede verse la participación del menor en el tratamiento psicoterapéutico, donde se ve motivado a seguir asistiendo a sus sesiones, pues deja de verlo como una consulta médica y lo percibe mejor como una actividad donde puede desahogarse y ser el mismo. H. Fine Aubrey (2003) afirma “sorprendentemente a la vez que los niños se sienten más cómodos con los animales y comienzan a disfrutar con los paseos, su bienestar y su confianza parecen aumentar” (p.227). Como podemos observar los animales nos brindan beneficios más allá de facilitar la interacción entre paciente terapeuta, nos beneficia física y emocionalmente.

1.4 LOS BENEFICIOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS QUE BRINDAN LOS ANIMALES AL SER HUMANO

De acuerdo a H. Fine Aubrey (2003) “Los animales han sido siempre necesarios para nosotros los seres humanos, por ello fue que se han domesticado, y ahora forman parte de nuestra vida, desempeñando distintos roles sociales y familiares”, como:

- Amigos por la confianza que brinda de platicarles sin sentirse juzgados.
- Hijos para aquellas parejas que no tienen la oportunidad de tenerlos.
- Hermanos para hijos únicos.
- Otros roles que compensan necesidades sociales del ser humano.

Si bien los animales no remplazan nuestra red de apoyo social o nuestro círculo familiar, si lo complementan y motiva a socializar y ser empáticos, pues cuando la gente se encontrar con alguien que pasea con un perro, motiva a que se puedan acercarse otras personas y empiecen a charlar y hacer de ese momento algo más grato.

Además, tener una mascota nos ayuda a aprender responsabilidades, como el de atender sus necesidades, alimentarlo, asearlo y ser tolerantes ante conductas desagradables que la mascota tenga, pues la forma como podemos tratar a las mascotas refleja parte de nuestras conductas hacia los niños, como el cariño, la paciencia y la habilidad para educarle a la hora de hablarle, de la misma forma puede proyectar nuestra agresividad a los niños y la intolerancia.

Las mascotas motivan a los niños a reforzar conductas sociales, reforzar la empatía y respeto, beneficiándole en la forma como se relaciona e interactúa con los demás, por ejemplo cuando un niño lleva con sigo un perro al parque, es probable que pueda convivir con otros niños que tengan la intención de acercársele a la mascota, con ello se relaciona con otras personas y se le responsabiliza sobre las necesidades de otros seres vivos, haciéndole consiente, que siente y debe tratarlo con respeto y cuidado.

Los perros son amigos incondicionales y fieles, son un ejemplo para nosotros, una mascota brinda muchos más beneficios de los que se puedan imaginar, desde brindarnos compañía, hasta

beneficios físicos, por ejemplo pueden ser una motivación para hacer ejercicio, disminuyendo nuestros niveles de ansiedad, regular la presión y frecuencia cardiaca, o bien permitir una mayor independencia de familiares a personas con capacidades diferentes, mejorando con ello la autoestima, disminuir estados depresivos, así mismo los perros han apoyado a personas con epilepsia anticiparse a signos de un ataque.

Gunter (2002) afirma “los animales de compañía pueden reducir el estrés induciendo la relajación, nos proporcionan un cariño y lealtad incondicionales; e incrementan nuestro contacto social mejorando la imagen ante los demás”. (p.266).

Por otro lado, los animales de compañía desempeñan siete funciones que podrían influir en la salud física del ser humano, los animales representaban un motivo por el que no estar solos, alguien al cuidar, con quien mantenerse ocupados, alguien a quien tocar y acariciar, a quien observar, que nos hace sentirnos seguros y nos proporciona un estímulo para hacer deporte. Algunos de estos aspectos tienen efectos físicos directos e inmediatos, mientras que otros actúan de forma indirecta facilitando una reducción de los problemas psicológicos. Algunos de estos aspectos tienen efectos físicos directos e inmediatos mientras que otros actúan de forma indirecta facilitando una reducción de los problemas psicológicos. Se esperaba que los tres primeros ayudaran a mejorar la depresión y reducir los sentimientos de soledad y aislamiento, las últimas tres funciones podrían ayudar a disminuir la ansiedad. (Barrie Gunter, 2002, p.122).

Como podemos ver, los beneficios que brinda un animal son diversos, aun sin mencionar que nos ayudan cognitivamente pues también beneficia a la memoria o concentración, además de otros beneficios que puede aportar los animales al ser humano, como a nivel fisiológico, físico, emocional y sociales.

1.4.1 Beneficios a nivel cognitivo y de la motivación

Es común que olvidemos aspectos de nuestra vida cuando éramos pequeños, quienes han convivido con animales en la infancia pueden recordar más fácilmente a sus mascotas en eventos agradables que las involucre, incluso puede que no tengamos tantos recuerdos de la infancia, pero es más probable recordar aquellos momentos agradables en los que se comparten con una mascota, esto se debe a que los menores prestan mayor atención cuando hay animales y guardan sus recuerdos. H. Fine Aubrey (2003), “sugiere que Esto implica que, para muchos niños, los animales pueden ser estímulos eficaces para dirigir y mantener la atención, codificar los recuerdos y organizar lingüísticamente los pensamientos” (p.437).

Los animales son benéficos en la atención y el aprendizaje, por ser un estímulo agradable y atractivo para los niños, es por ello que, en menores con trastorno de déficit de atención, se utilizan los animales como estímulos importantes, donde los niños pueden sentirse atraídos al estímulo visual, prestar mayor atención y durante más tiempo, mejorando su aprendizaje, incluso quienes no padecen de problemas de atención pueden estar más atento cuando se encuentra un animal cerca.

Por otro lado las mascotas, en especial los perros refuerzan conductas que sin ellos sería difícil tener por voluntad propia, el de salir a caminar o correr a un parque, es mejor cuando se saca a

pasear a su mascota, pues motiva al dueño a salir de casa, incluso se vuelve un motivo para salir a respirar y olvidarse por un momento de los quehaceres cotidianos y tediosos, mejorando así mismo la salud, gracias a la actividad física que se realiza, o bien a las relaciones sociales que se tienen con esta actividad.

Los animales, como los perros, han motivado a las personas a realizar actividades que difícilmente se propondrían hacerlo solos, además de que los perros son los animales con los que los seres humanos tienden a hablar más, sentirse escuchados y refuerza la independencia en caso de que la persona pueda presentar una capacidad diferente, por ejemplo, personas con deficiencias del sentido auditivo, los perros pueden avisarles a sus dueños cuando tocan la puerta o se encuentra una alarma importante, lo mismo ocurre con personas con dificultades visuales, pueden salir a la calle con ayuda de un perro de asistencia, facilitándole sus quehaceres cotidianos, reforzando su autonomía y sentimiento de valía; de ahí que los perros son amigos incondicionales apoyara a su dueño guiándolo y permitiéndole su autonomía y mejorando su autoestima.

De acuerdo con Katcher y Friedmann (s.f), “La presencia de un animal, sobre todo un animal que exige ciertas responsabilidades del dueño, constituye un estímulo para mantener una rutina diaria” (como se citó en Barrie Gunter, 2002, p.212). Los perros son seres vivos con necesidades, salir a caminar es una de ellas, por lo tanto, es útil y benéfica para el dueño compartir momentos agradables con su mascota, caminar, jugar y enseñar a un niño menor a hacerse también responsable de su mascota, motiva a las personas a ser más activos.

1.4.2 Beneficios emocionales

Los perros son buenos compañeros para los seres humanos, proporcionan el apoyo de un amigo incondicional, con el beneficio de su disponibilidad y la confianza sin sentirse juzgados, logran tener con quien desahogarse, sin temor a ser rechazados, incluso niños y adolescentes pueden acercárseles con esa intención.

Además de que un perro pueda ser un buen amigo y compañero, puede considerársele como parte de la familia, ya que convive a diario con los integrantes y existe un vínculo de apego cercano tanto del perro para la familia como de la familia hacia su perro.

De acuerdo con Broderick y Smith (1979) El examen de los principios básicos de la teoría sistémica permite que el especialista en la salud mental considere el animal de compañía como un miembro vital del sistema familiar, lo cual explica por qué:

- La familia es considerada como una estructura compuesta de partes y subsistemas interrelacionados dentro de la unidad familiar.
- Cada parte o subsistema realiza ciertas funciones en la unidad familiar.
- Los miembros de la familia son interdependientes.

En el caso de muchos niños que se percibía solos y sin atención en su núcleo familiar, las mascotas pueden ser compañeros importantes para estos infantes, además de que los animales

favorecen su seguridad, con ello no significa que tengan el mismo apoyo como lo tendría con un familiar humano; pero si le apoya a sentirse mejor adaptados, así pues , los perros son seres sensibles para percibir las emociones, pero con el beneficio de no incomodarlos o sentirse rechazado; no obstante cabe destacar que aquellas personas que se han dado la oportunidad de adoptar un animal de la calle pueden sentirse satisfechas con la evolución física y emocional de su mascota, sintiéndose útiles y satisfechos, incluso la sociedad puede reconocerles esa noble acción.

Las mascotas demuestran tener un vínculo afectivo y de apego hacia las personas con las que vive y conviven diariamente, que incluso comparten muchos de los momentos agradables en familia y lo disfrutan, por ejemplo cuando salen a correr y a jugar en un parque los animales también se divierten en familia, o por el contrario sentirse tensas o nerviosas cuando se presenta algún tipo de conflicto entre los miembros de la familia, como cuando existe algún desacuerdo y discusiones entre los integrantes, los perros podrían empezar a ladrar.

De acuerdo con Caín (1983) “los miembros de la familia han descrito situaciones en las que el animal de compañía actuaba con una gran excitación en ocasiones de celebraciones alegres, estaba deprimido cuando un miembro de la familia esta triste, o precia estar alterado y peleaba con otros animales en el hogar en momentos de tensión familiar “(Como se citó en H. Fine Aubrey, 2003, p.412).

Las mascotas son importantes dentro de los integrantes de la familia, por que comparten características afectivas y de apoyo como los miembros de la familia, nos proporcionan seguridad, compañía y son fieles con los suyos; pueden alegrar el hogar donde los hijos son independientes y tras a ver dejado su domicilio por razones de estudios o trabajos, al sentirse solos en un lugar nuevo donde no conocer a nadie, lejos de sus padres y familiares, pueden compensar ese sentimiento de vacío con una mascota, pues después de un día de trabajo o escuela pueden sentirse acompañados al llegar a su nuevo domicilio. “Los animales de compañía se han descrito como “barómetros” de la atmosfera familiar” (Cain, 1991, como se citó en H. Fine Aubrey, 2003, p.412).

Entre los animales más comunes de compañía podemos encontrarnos los perros y gatos por el apego con los seres humanos, así pues, quienes han adoptado a estos tipos de animales experimentan la necesidad de tenerlos en sus hogares, ya que ser animales sociales al convivir con los seres humanos, porque los siguen a todas partes dentro de la casa y los reciben afectuosamente al llegar, de igual forma las personas que se mudan a un nuevo domicilio podría empezar a inspeccionar la zona con mayor seguridad en compañía del can, logrando así una mejor socialización con su vecindario por ello también está considerado como un beneficio social.

1.4.3 Beneficios sociales

Como ya se mencionó los animales atraen la atención de las personas, quienes salen a pasear con sus mascotas son percibidos como personas sociables y amigables, logrando que los demás se les acercan a platicar con mayor facilidad, incluso los animales puede ser un tema interesante y cómodo de que hablar, ya que comúnmente hay temas sobre animales que compartir, como las propias experiencias con las mascotas; beneficiando con ello la convivencia por que influye en el estado emocional de las personas, mostrándose alegres y

menos ansiosas, logrando una mejor comunicación con los demás. De acuerdo a Barrie Gunter (2002) “para las personas tímidas o que carecen de habilidades sociales, tener una mascota puede permitirles establecer relaciones personales y coger practica sin la ansiedad que implica estar realmente con otras personas” (pp. 64-65).

Esto también podría a disminuir la ansiedad de salir sola y enfrentarse a gente nueva. Lo cual el animal podría ser un tema de conversación con el vecindario y la gente que se acerque a saludar. En este sentido, “La presencia del perro está asociada con un aumento significativo de saludos y una mayor duración de las conversaciones” (Barrie Gunter, 2002, p.263).

Para los niños tener una mascota facilita la convivencia con los demás y aumenta su seguridad al relacionarse, logrando aumentar su confianza en sí mismo y proyectarla a los demás, se sienten acompañados y lograría que otros niños se acercan solos. De acuerdo con Poresky y Hendrix (1990) y Conver, (1985), “la tenencia de animales de compañía puede ser extremadamente útil para potenciar la autoestima de los niños y sus habilidades sociales, así como sus sentimientos de empatía” (como se citó en H Fine, 2003, p.217).

Por otra parte, es importante mencionar el tipo de mascota que los dueños tienen y han adoptado, que pueden no generar el mismo efecto positivo a la hora de socializar con los demás, debido a que las personas suelen retirarse de aquellos perros imponentes, con aspecto agresivo, grotesco e incluso mascotas que generen fobias como los roedores en especial los ratones, algunos reptiles como las serpientes y la mayoría de arácnidos. Aun que atraen la atención, pueden ser repulsivos o considerados peligrosos, en el caso de los ratones se les etiqueta como principales transmisores de enfermedades como la rabia.

De acuerdo a Eddy et al., (1998) Mader et al., (1989) Hart et al., (1996) afirman que “aunque la mayoría de animales ejercen una importante función socializadora entre la gente, los perros son especialmente eficaces en este aspecto. Al estar con sus dueños durante las 24 horas del día, también actúan como imanes para las relaciones sociales y se convierten en tema de conversación, incluso para gente con problemas físicos o de comunicación”, (citado en H. Fine Aubrey, 2003, p.107).

1.4.4 Beneficios físicos y fisiológicos

Ya se ha revisado algunos de los beneficios psicológicos, donde los animales en especial los perros mejoran las emociones de la persona, evitando por ejemplo el sentimientos de soledad, que se compensa en gran medida con la compañía de un perro; los beneficios motivacionales al reforzar conductas adecuadas y de responsabilidad consigo mismo, como hacer actividad física y sociales, donde los animales brindan a los seres humanos la facilidad de socializar, pero ahora es importante mencionar a que se debe que los seres humanos puedan beneficiarse física o fisiológicamente con el acompañamiento de una mascota o un can. Gunter (2002), afirma que: “Se ha demostrado que la comunicación verbal entre las personas hace que aumente su presión sanguínea de manera significativa, mientras esta disminuye cuando se permite a las personas hablar con los animales y tocarlos. (p.126).

Los animales en especial los perros brindan una mayor socialización con los demás, sobre todo entre las personas con gustos por los animales, además de mejorar la imagen ante los demás percibiéndose como persona responsables, aumentando nuestro núcleo social y motiva a una mayor comunicación y relación positiva, y en muchas personas también mejora la frecuencia con que salen a caminar, beneficiándose por la actividad física que con ello realizan, en vez de quedarse sentado en la casa viendo la tele en casa prefieren salir a pasear a su mascota, todas estas acciones como consecuencia aumentan la comunicación verbal, ya sea con las demás personas o con la mascota, logrando una modificación significativo en la presión sanguínea incluso cuando la persona se permite tocar a los animales, los beneficios entre interactuar con una persona y un animal pueden resultar relajante para la personas, aumentando la frecuencia cardiaca y reduciendo los niveles de estrés. “el hecho de relacionarse con un gato o un perro, o de contemplar un acuario, puede tener efectos calmantes en el sistema humano, reduciendo la tasa cardiaca y la presión arterial”. (Barrie Gunter, 2002, p.125).

Las mascotas modifican el sistema fisiológicamente, provocando estados de relajación y menor tensión física, pues solo observarlos resulta agradable, desde luego cuando se aprecia comportamientos de afecto con otros animales o sus dueños, como es el caso de las imágenes o videos de canes cachorros jugando con gatos bebés, o el caso de bebés humanos recostados en el pecho de sus mascotas adultas.

Hemos visto que la mera presencia de un animal doméstico puede reducir la tensión de una situación que, de otro modo, sería estresante, pero tocar al animal puede estimular una respuesta relajante todavía más intensa. Además de ser una forma de expresar afecto, tocar un animal puede tener un efecto directo en el sistema cardiovascular del sueño (Barrie Gunter, 2002, p.131).

CAPÍTULO 2- ETAPAS DEL DESARROLLO DEL NIÑO.

El ser humano en desarrollo atraviesa por diferentes fases en su vida, en cada una deben satisfacerse sus necesidades básicas; donde al inicio de su desarrollo corresponden a sus padres o cuidadores satisfacer las necesidades del menor, ya que la forma como puedan ser satisfechas adecuada o no, determinara la capacidad para amar, su identidad, su autoestima y su adaptación social como individuo; de ahí que se desarrolle como una persona sana, con capacidad de resiliencia y que en su futuro pueda ejercer un adecuado rol de maternidad o paternidad.

De acuerdo con Erikson (s.f), “el desarrollo es un proceso evolutivo que se funda en una secuencia de hechos biológicos, psicológicos y sociales experimentada universalmente, e implica un proceso auto terapéutico destinado a curar las heridas provocadas por las crisis naturales y accidentales inherentes al desarrollo” (como se citó en W. Maier Henry, 1989, p. 35). Por lo que es importante conocer el desarrollo sano del niño a nivel psicológico, psicosexual y social, de acuerdo a los autores como: Erik Erikson, Sigmund Freud, Anna Freud y Melanie Klein.

2.1 ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE ERIK ERIKSON

Las etapas del desarrollo psicosocial por Erik Erikson, presenta similitud con las etapas psicosexuales de Sigmund Freud porque, es una reinterpretación de estas fases psicosexuales, donde Erikson comparte la idea con Freud, sobre la energía psicosexual (libido) que se encuentra cargado el ser humano, la cual existe desde el nacimiento y sigue en los demás procesos psicológicos, pero Erikson enfatiza en su teoría las fases psicosexuales de Freud, áreas sociales y culturales en el desarrollo del humano, donde menciona al “yo” como fuerza intensa vital, positiva y como la llave para la salud mental; que deriva de una buena resolución de las ocho fases de su desarrollo del ‘yo’. De la cual dependerá para la resiliencia del individuo para solucionar las crisis que surgen en su contexto genético, cultural e histórico de cada persona. De acuerdo a Erikson (s.f) “la fuerza y la debilidad relativas del yo, delinea el curso del desarrollo psicosexual, que decide el destino de cada individuo; la dirección de la conducta individual está determinada por la capacidad del individuo para desarrollar y utilizar sus procesos yoicos” (como se citó en W. Maier Henry, 1989, p.31).

En la primera etapa el infante va ir tomando conciencia de sus necesidades y su relación con el medio, puede ir asociando a la satisfacción de estas necesidades a su madre, así como también percibirse como alguien independiente a ella, que podrá llorar y gritar para que este

cerca de él y pueda tranquilizarse, es donde puede reforzarse la confianza del niño con su medio a través de la seguridad que le brinde.

El entorno cultural, social e histórico de cada individuo influirá en su personalidad durante su desarrollo en cada fase de su vida, en los niños parte de su personalidad y su “yo” se verá proyectado en el juego, donde Erikson, (s.f) afirma que “el juego constituye la situación más adecuada para estudiar el yo del niño” (como se citó en W. Maier Henry, 1989, p.25). El juego es otro medio con el cual el niño va a interactuar con su exterior y podrá relacionarse con su sociedad, con la ventaja de proyectarse y saber que cuestiones debe organizar.

El juego se vincula con la experiencia de vida que el niño intenta repetir, dominar o negar con el fin de organizar su mundo interior en relación con el exterior. Además, el juego entraña auto enseñanza y auto curación: donde el niño utiliza el juego para compensar las derrotas, los sufrimientos y las frustraciones, en especial las que se originan en uso limitado, técnica y culturalmente, del lenguaje (W. Maier Henry, 1989, p.32).

Es decir, en el juego el niño proyectara sus experiencias y percepciones de esta a través del juego y su interacción con su ambiente; Como se mencionó anteriormente, cada fase representa una crisis para el individuo donde debe lidiar con frustraciones que le harán madurar, y desarrollar su personalidad de forma positiva o no. De acuerdo a W. Maier Henry (1989) “En cada fase de desarrollo el individuo debe afrontar y dominar cierto problema fundamental, que es un dilema en ella” (p.36).

Cabe mencionar que cada persona es diferente, la forma como viva cada fase del desarrollo, será lo que definirá su personalidad y la forma como pueda desenvolverse en su ambiente en el presente o futuro. Si lo hará de forma confiada y con seguridad, o desconfiado y temeroso, con iniciativa o mayormente con culpa, si en la pubertad será una persona laboriosa o mayormente presentará sentimientos de inferioridad; además si desarrollara su identidad en la adolescencia o tendrá confusión de quien es, en este caso conduciendo de forma negativa, si podrá relacionarse con los demás de forma íntima o se aislara presentando sentimientos de soledad, si se convertirá en una persona productiva o se estancara y finalmente si en la edad adulta presenta una adecuada integración del yo o en efecto presentara desesperación de no haber logrado esta integración y haber deseado realizar de otra manera las cosas y manejar diferente su vida, que será tarde para cambiarlo causándole frustración.

Cada ser humano evoluciona y madura de distinta manera y en distinto tiempo dependiendo su cultura, entorno social y su “yo”, que se reflejara en la resiliencia con que resuelve en cada fase los problemas que se le presentan, ayudándole a superar o no las crisis de cada fase.

Según W. Maier Henry (1989) “el organismo que madura continúa desenvolviéndose, no por el desarrollo de nuevos órganos, sino mediante una secuencia prescrita de capacidades locomotrices, sensoriales y sociales” (p.27). En primer momento lo que le permitirá madurar como individuo es la confianza que será fortalecida a través de la satisfacción afectiva de sus necesidades, la relación que mantenga con figura materna, permitirá que el menor pueda ejecutar posteriormente otras actividades, por ejemplo nombrar a sus padres, gatear, levantarse, comer solo, arrastrarse, tomar objetos, etc. donde interactuar con su mundo exterior y relacionarse con otros miembros de su familia, le permitirá desarrollar adecuadamente y a medida que el niño logre confiar en sus capacidades lograra mejorar su

seguridad en su expresión, la comunicación que le harán interactuar con los demás y su ambiente.

Un individuo pasa a la fase siguiente tan pronto está preparado biológica, psicológica y socialmente, y cuando su preparación individual coincide con la preparación social. Cada fase introduce una nueva serie de cargas sociales intensivas y, en conjunto, las fases abarcan una serie de cargas intensivas, y en conjunto, las fases abarcan una serie de cargas instituidas en la vida humana (W. Maier Henry, 1989, p.37).

2.1.1 Confianza vs. Desconfianza, del nacimiento hasta los 18 meses.

En esta etapa de la vida los infantes son totalmente dependientes de su madre para sobrevivir, necesitando de sus cuidados y protección para sentirse seguro y para satisfacer sus necesidades básicas propias de su edad, como de alimentación, defecar etc., con la satisfacción el niño adquiere seguridad, confianza y optimismo en sus relaciones como en sí mismo, de lo contrario crece como una persona insegura, con falta de confianza en sí mismo y en los demás. De acuerdo a W. Maier Henry (1989) “que el infante se convierta en una persona confiada y satisfecha de la sociedad, o en una desconfiada y exigente, preocupada por las necesidades corporales depende en gran medida de cómo se le trate en esta primera fase” (p.40).

Si en esta primera etapa de la que Erikson identifica la adquisición de confianza o desconfianza, el niño logra sentirse amado y completo, podrá confiar en sus padres, en sí mismo y en sus relaciones sociales futuras; depositara alegrías y podrá ser considerado con los demás, el niño puede empezar a interactuar reaccionando al llamado de su madre, volteando la cabeza cuando se le habla, lo que podrá reforzar la convivencia y comunicación con su madre desde sus primeras interacciones, lo proyecta con amor y cuidado, lo que incrementa la confianza del niño en su mundo exterior, el cual explorara desde pequeño a través del tacto y el gusto con el apego materno, para posteriormente ser más activo y empezar a levantarse, gatear a través de la estimulación de su ambiente que le permitirán desarrollarse como individuo. (W. Maier Henry, 1989).

La forma como viva el bebé esta primera fase, será la base de su autoestima y su desarrollo de autoconfianza, dicho de otra forma, cuando los padres o cuidadores son también personas confiadas en sí mismos y de la misma forma transmiten este sentimiento y son responsables con el niño, le transmitirán tranquilidad y el niño será seguro en su entorno.

El infante en esta etapa de su vida sonríe, voltea la cabeza cuando le hablan, lo cual motiva a la madre a cuidarlo y protegerlo, reaccionando con abrazos, besos, les hablan y en algunas ocasiones cantan, que le ayudaran al niño a estimular su lenguaje, y al desarrollo del sistema nerviosos, mejorando también así su confianza y comunicación con su exterior, por ejemplo la forma como el niño puede empezar a interactuar con su exterior es explorarlo, como llevándose los objetos a la boca, chupar la barbilla de su mama cuando lo carga o su mano

cuando le acerca su boca, de esta forma el niño explora su mundo a través del tacto y el gusto, para posteriormente ser más activo y empezar a mantenerse sentado, levantarse, gatear.

De acuerdo a Erikson (s.f) se adquiere la esperanza en la primera fase, “después de una vida de regularidad rítmica, calor y protección en el útero, el infante experimenta la realidad en la vida en sus primeros contactos con el mundo exterior, aunque nació desnudo, dócil y vulnerable” (como se citó en W. Maier Henry, 1989, p.39).

Por otro lado W. Maier, (1989) afirma que “La calidad de un sentido de la confianza o de la desconfianza se halla estrechamente relacionada con la primera modalidad social – la aceptación del medio tal cual es- la experiencia emocional depende de la reciprocidad de recibir y el dar, y extraña el grado de relajación y confianza vinculados con estos dos actos”. (p.42).

La confianza que el/la niño/a adquiere es a través del vínculo materno u otra persona que lo/a cuide, donde al recibir atención y confiar se da mientras son atendidas sus necesidades, de lo contrario la insatisfacción a sus necesidades generaría la falta de integración adecuada y con ello el sentido de desconfianza para su vida.

El recibir y confiar es una de las experiencias que el infante percibe de su madre o cuidadora y que en su futuro aprenderá a confiar en sí mismo y en el mundo exterior. De acuerdo a Erikson (s.f) “la experiencia conjunta y regulación mutua de la frustración como componentes esenciales de la identificación con referencia al sentido básico de la desconfianza” (como se citó en W. Maier Henry, 1989, p.44).

El niño a esta edad dependerá de su madre, donde el vínculo y la forma como se relacione con ella, influirá en los futuros vínculos que establezca con otras personas a lo largo de su vida, donde desarrollan sensaciones de confianza, seguridad, satisfacción cuando sus padres proporcionan atención y afecto, o en su ausencia frustración y vulnerabilidad que definirá sus relaciones futuras.

Es decir, los niños o bebés en esta etapa de su vida se encuentran vulnerables y son los padres quienes le ofrecen la protección reforzando el sentido de confianza, por el contrario de no reforzar la confianza, se genera una percepción temerosa y de desconfianza el cual no le permitirá desarrollar y madurar adecuadamente para pasar a las siguientes etapas de su vida, y adquirir la confianza para sus futuros vínculos a lo largo de su vida. Con ello es posible que a los primeros meses de vida se les pueda preparar a los niños para ser autónomos y seguros.

Por otra parte; “Las investigaciones han demostrado que los objetos mostrados a los niños cuando son muy pequeños, si se les vuelve a mostrar a los 2 años de edad no les produce miedo ni les hace llorar, mientras que si lo hacen cuando son mostrados por primera vez a un niño de 2 años” (Perris et al.,1990, en H. Fine Aubrey,2003, p.456). Del mismo modo, Bass y Davis (1994) afirman que “las experiencias traumáticas que se producen en esta fase inicial del desarrollo pueden tener una influencia duradera en el individuo” (como se citó en H. Fine Aubrey, 2003, p.456).

Como se puede resumir los padres son mayormente responsables en esta edad sobre la personalidad de sus hijos y de ellos dependerá el desarrollo del niño, si lo forman como una persona segura o no, y como actuara ante las situaciones difíciles en su vida. “A lo largo de la infancia, la fe y la convicción de los padres aseguran la confianza básica del pequeño en el bienestar y el orden de su universo, y su auténtica dependencia respecto del mismo- incluida la confianza en lo desconocido y lo imprevisible “(W. Maier Henry, 1989, p.40).

Un sentido de la confianza básica ayuda al individuo a crecer psicológicamente y a aceptar de buena gana las experiencias nuevas; Cada vez que su confianza le dé buenos resultados, se acentuara la tendencia a las expectativas favorables respecto de nuevas experiencias, las cuales siempre ofrecerán ocasiones para sentir desconfianza; Sin embargo, el niño pequeño debe aprender a confiar aun en su propia desconfianza (W. Maier Henry, 1989, p.40).

Aun que un niño no se desarrolle con confianza en sí mismo y hacia los demás no significa que no lo logre, quizá tendrá más dificultades en la hora de actuar ante los demás, pero puede lograr cambiar ciertas actitudes ante situaciones que no le incomoden, logrando una parte de esta seguridad, por ejemplo los tratamientos con terapia asistida con animales pueden contribuir a esta habilidad ya que “La presencia de un animal en la terapia [...] puede contribuir a que el niño aprenda a tener confianza” (H. Fine Aubrey, 2003, p.216).

2.1.2 Autonomía vs, vergüenza y duda, de los 18 meses hasta los 3 años.

Ahora el niño ha crecido, se vuelve en apariencia más independiente, mostrándose seguro y confiado en sí mismo y en su entorno, sabe de sus capacidades por que las ha hecho consientes, conoce sus nombres, a sus padres, hermanos y demás familia cercana, también sabe identificar sus objetos personales como los juguetes, ropa y demás cosas de uso personal.

A medida que aumenta la confianza del infante en su madre, en su medio y en su modo de vida, comienza a descubrir que la conducta que desarrolla es la suya propia. Afirma un sentido de la autonomía. Realiza su voluntad. Sin embargo, su permanente dependencia crea al mismo tiempo un sentido de la duda respecto de su capacidad y su libertad para afirmar su autonomía y existir como unidad independiente. (W. Maier Henry, 1989, p.45).

En esta fase del desarrollo el infante afirma su autonomía, después de observar y relacionarse con su medio tiene la necesidad de aprender, a ser más independiente, y empieza a querer hacer las cosas por sí solas como por ejemplo, caminar, subir y bajar escalones, alimentarse y vestirse, donde se empeñara a hacerlo sin ayuda, pero ello no significa que el niño necesite de la aprobación de los padres que será importante también para el aun que en ocasiones lo regañen para corregirlo o evitar accidentes, para ello debe haber límites a la conducta del niño, porque debido a sus habilidades el niño no es consciente del peligro de sus conductas, por ejemplo es común ver que quieran caminar solos en l calle y a pesar de su necedad debe

valorarse hasta qué punto se le puede dejar libre al niño y en que situaciones no para reforzar su autonomía. “El confortable goce del progenitor que otorga libertad en ciertas áreas, al mismo tiempo que mantiene una actitud firme en otras, se expresara en el sentido de la tolerancia y seguridad en sí mismo del niño”. (W. Maier Henry, 1989, p.50).

Aunque por la edad es impulsivo y no pueda controlarlo, tiene efecto en su comportamiento al establecerle los límites, por ejemplo puede que se encuentre jugando tranquilamente y empiece a lanzar sus juguetes, llora, grita o se molesta y vuelve a sonreír, los padres deben ser comprensibles y amorosos y entender estos cambios de humor del niño, donde deben evitar gritarles o con preguntas ofensivas, pero es una etapa que pasara y el niño debe sentirse seguro del cariño y comprensión de sus padres y pueda asociar el bienestar y la comodidad con ellos.

El niño comenzara a desarrollar su capacidades cognitivas y musculares, y los padres se verán obligados a enseñarles a sus hijos a empezar a avisar cuando exista la necesidad de defecar u orinar, este entrenamiento de avisar y después hacer en el lugar correcto, ocurrirá cuando inicie a controlar su esfínter y logre comprender que debe controlar su organismo y avisar cuando tenga la necesidad, donde los padres deberán guiarlo con sensibilidad y comprensión, para que los niños logren controlar sus necesidades, logrando ser más autónomo, y libres.

Durante este momento de aprendizaje de ir al baño y dejar el pañal puede provocar la sensación de autonomía e independiente, por que el niño percibe esa autonomía e independencia de sus padres o de lo contrario en caso de que los padres no tengan paciencia y lo regañen por los accidentes que presenta al inicio, causa momentos de dudas o vergüenza incluso castigarlos retrasara su aprendizaje.

El control muscular, mejorado y refinado, le ayuda a regular sus funciones eliminatorias; adquiere capacidad para controlar sus esfínteres anal y uretral; Este factor de maduración se ve consolidado aún más por la dieta- [...], lo cual le permite deposiciones más controlables. Así, la zona anal se convierte en el centro de los esfuerzos físicos, sociales y psicológicos del niño. (W. Maier Henry, 1989, p.46).

El control de esfínteres es la zona erógena donde se concentrará la autonomía del infante, esa preocupación por que elimine donde se le eduque y a una hora determinada, está centrado principalmente en la aprobación de la madre y con ello la autoestima del niño(a).

Conforme el niño crece y desarrolla la habilidad de comunicarse, expresar sus necesidades y efecto con los demás, logra su desarrollo en el control de sus movimientos y motricidad gruesa, donde es capaz de saltar sin caerse, correr, hojear libros, tomar objetos, que le permitirán relacionarse mejor con su medio.

De acuerdo a Erikson (s.f), en este desarrollo psicogenético del ello, el yo y el súper yo, concentra la atención [...] en el yo pues “es el desarrollo adecuado del yo lo que determina un crecimiento sano; el yo permite tener conciencia del sí mismo como unidad autónoma en áreas circunscriptas de la vida, así como la integración de la experiencia de la autonomía” (como se citó en W. Maier Henry, 1989, p.47).

El juego en esta etapa tiene importancia para que el niño pueda desarrollarse mejor, ya que con el juego resuelve conflictos consigo mismos y sus padres, integrándose a su medio, expresando muchas de sus emociones y frustraciones ya que con el juego proyecta fantasías y rompe con los límites que le impone su medio. De acuerdo a Erikson (s.f); “el pequeño mundo de los juguetes manejables es un puerto creado por el niño, donde regresa cuando necesita reorganizar su yo” (Como se citó en W. Maier Henry, 1989, p.49).

El juego le permite al niño madurar, comunicarse y expresarse libremente, por lo que tiene gran importancia en su desarrollo, ya que las habilidades que aprenda durante esta etapa, le permitirán integrarse en su sociedad, además de conocer sus capacidades y limitaciones, preparándose para ir a la escuela y relacionarse adecuadamente con niños de su edad.

La firmeza con que se eduque al menor dependerá su autocontrol, así como el sentimiento de duda y vergüenza; en la medida con que el niño logre su autocontrol de forma consiente; podrá avanzar a la siguiente fase con esta habilidad; por el contrario, no motivar esta habilidad y ser estricto con el menor durante esta etapa, limitara su autonomía y el deseo de integrarse con los demás.

2.1.3 Iniciativa vs. Culpa, de los 3 – 5 años

En esta etapa del desarrollo el niño empieza a interesarse por hacer amigos, desarrolla sus habilidades sociales, su creatividad aumenta, así como su curiosidad por saber sobre cosas y cuestiones de su interés, es decir es la etapa donde empiezan a hacerse preguntas sobre todo a sus padres u otras personas cercanas al niño. El dominio de su cuerpo mejora, así como sus habilidades motrices, ya que puede recortar, iluminar y montar bicicleta. Su lenguaje también mejora pues sabe lo que dice.

El desarrollo físico y cognitivo aumenta de forma rápida, así como su interés por relacionarse con otros niños y niñas, presenta motivación a desarrollar la creatividad a través del juego, logrando exponer sus capacidades, que le permitan adquirir mayores responsabilidades y hacerse cargo de sí mismo pues deja de percibir que el mundo gira alrededor de él, y que ahora forma parte del mundo, que debe participar con él, y en las tareas que se le asignen en la sociedad dentro de su rol, así mismo se relaciona mejor con su sociedad. Por otra parte W. Maier Henry, 1989, afirma que “Al jugar, el niño se apoya mucho en el aspecto social e incorpora a dicha actividad situaciones de la vida real” (p.63). En el psicoanálisis esta fase del desarrollo se caracteriza principalmente por sus complicaciones edíficas.

Quando el varón o la niña encuentran un afecto romántico en el progenitor del sexo opuesto, tienden a expresar desconfianza frente a todos los que interfieren en esta nueva relación, así mismo, se suscitan antiguos sentimientos de desconfianza, pues el niño percibe el carácter tenue de esa nueva relación. Naturalmente, se desarrolla un sentimiento de rivalidad con el progenitor del mismo sexo, que conduce a dos secuencias interdependientes. Una implica el remplazo gradual del progenitor deseado por otro

objeto de amor más accesibles; es decir; por personas que puedan convertirse sin riesgo alguno en receptores de su inversión emocional, por que el niño comprueba que su progenitor es emocionalmente bastante inalcanzable para él. (W. Maier Henry, 1989, p.57).

Esta situación provoca que el niño busque relacionarse con personas de su edad, donde el progenitor es remplazado ya como objeto de amor, el niño se identifica con el padre; Ahora que el niño sufre la etapa edípica de acuerdo a la teoría de Freud, ve a sus padres como ejemplos a seguir, así mismo se cuestionan sobre su comportamiento y relación, dependen afectivamente de ellos a través del reconocimiento y aceptación, que esperan aun sin acatar todo lo que se les indique. “Solo el niño que ha experimentado con éxito su autonomía puede renunciar a la posesión romántica del progenitor. Aquel que tuvo menos éxito necesita aferrarse a dicho apoyo. (W. Maier Henry, 1989, p.59).

La curiosidad es otra de las características de esta etapa, y el interés por los genitales de ambos sexos, donde se preguntan los(as) niños(as) por que la mujer le falta visiblemente los órganos como al hombre, esta curiosidad le ocasiona que empiecen a tocarse los genitales y a jugar con ellos lo que a muchos padres les puede preocupar.

Así mismo percibe las diferencias de roles de la mujer y del hombre, la forma de vestirse, los juegos y los juguetes. “Gran parte del tiempo, el niño se asocia con otros de su edad. Entra activamente en la vida de otros, y por lo tanto inicia una multitud de nuevas experiencias. Sobre todo, se ve así mismo- aprende, asocia y realiza experiencias- como varón o como niña” (W. Maier Henry, 1989, p.55). Esta relación con otros niños de su edad le permite aprender, competir y compartir sus experiencias, que le permitirán adaptarse.

La curiosidad de los menores genera preguntas a los padres que no siempre son fáciles de resolver, pues se desconoce como un proceso normal del desarrollo, donde los padres pueden no llegar a actuar de la mejor forma y con la comprensión para responderle adecuadamente sus dudas, pues solo con el adecuado trato reforzara su autonomía o por el contrario si se desconoce que es parte del desarrollo normal del niño, cerrándose a curiosidad de aprender sobre al tema y ser agresivo verbalmente con el niño, evitara su dependencia hacia decisiones futuras.

De la motivación y seguridad que el menor tenga para seguir investigando y resolviendo sus dudas, dependerá la iniciativa con que actúe en situaciones futuras, ya que la forma como les sean resueltas sus dudas y se comprenda la etapa de vida para reforzar la iniciativa, por muy incomodas que resulten para los padres o cuidadores motivar a seguir preguntando para fortalecer su curiosidad, de lo contrario podría generar culpa al menor.

De acuerdo a Erikson, (s.f), establece una relación entre el grado de iniciativa individual estimulada o permitida, y el sistema económico de la comunidad, sugiere que la capacidad potencial de trabajo y de éxito material del individuo en el marco económico de su sociedad depende del dominio que llegue a tener de esta fase del desarrollo. (como se citó en W. Maier Henry, 1989, p.60). Es decir, la manera como reaccione su sociedad a las preguntas e iniciativa al niño este podrá desarrollarse de forma positiva y seguir presentando las

cualidades de iniciativa, de lo contrario le generará sentimiento de culpa y disminuirá su curiosidad a aprender.

2.1.4 Laboriosidad vs. Inferioridad, de los 5 – 13 años

Se enfocará principalmente en la descripción de esta etapa de la niñez tardía, por el interés de distinguir lo que es la etapa del desarrollo sano y normal del niño, para poder diferenciarlo de un desarrollo anormal después de un abuso sexual a menores de edades de 6 a 12 años. Cabe mencionar que las etapas anteriores serán importantes revisarlas para comprender la formación de su personalidad y emocional durante su desarrollo en etapas posteriores.

Lo aprendido durante las etapas anteriores le servirá al niño(a) en esta etapa para integrarse en su sociedad, ya que en esta etapa del desarrollo suele incrementarse sus amistades, siendo más estables, la curiosidad e interés sobre la función de los objetos es más evidente, donde empieza a utilizarlos por sí solos, se vuelven más independientes, aplican sus conocimientos y habilidades aprendidas, de ahí la importancia de la integración y apoyo en casa, la escuela y de sus grupos sociales, ya que de ello dependerá su laboriosidad o en efecto de no ser integrado de forma adecuada podría desarrollar la sensación de inferioridad, mostrándose inseguro ante los demás. Erikson (1950) afirma que “Las fases [...], iniciativa frente a culpabilidad (3 a 5 años) y habilidad frente a inferioridad (6 a 12 años), comprenden la exploración y la investigación del universo natural (como se citó en H. Fine Aubrey, 2003, p.456).

Ahora lo aprendido le servirá para ser más productivo en su sociedad, por ejemplo, ser un buen estudiante, o formar parte de algún grupo social, además de desarrollar habilidades y ser más productivo le permitirá no tener sentimiento de inferioridad. En esta etapa como en las anteriores la forma como los padres apoyen a sus hijos será de gran importancia para su desarrollo, por ejemplo, el reconocer sus logros y aceptar sus fallas le ayudara a poder manejar adecuadamente su frustración, esto le permitirá aceptar que puede equivocarse y evitar el sentimiento de inferioridad que puede generar en un fracaso. “El joven consagra sus abundantes energías al mejoramiento de sí mismo y a la conquista de personas y cosas. Su impulso hacia el éxito incluye la conciencia de la amenaza del fracaso” (W. Maier Henry, 1989, pp.64- 65). Es decir, ese temor al fracaso y mediocridad lleva a motivar al adolescente al éxito ya que le orillara a un sentido de inferioridad, el cual debe combatir para desarrollarse como adulto.

Así como en el hogar y en la escuela aumentan las tareas con que el niño se involucra, las responsabilidades en la escuela se vuelven más complejas, mismas que le permitirán mejorar su percepción y su conocimiento del mundo, también aumentara sus relaciones y amistades, aquí el éxito con que se desenvuelva podrá influir en su autoestima, el valor propio donde

evitara el fracaso y poder mejorar como persona. Con ello su actividad intelectual estará más avanzada lo cual podrá comprender conceptos más complejos, mejorando su habilidad de lenguaje y su memoria. W. Maier Henry (1989) afirma que “El temor del individuo se acentúa también por hecho mismo de que aún es un niño, una persona incompleta, situación que tiende a suscitar sentimientos de inferioridad” (p.61).

La frustración que el menor puede experimentar con una sensación de inferioridad, que lo haga sentir inseguro frente a los demás será la falta de sus habilidades frente a los demás, pues las habilidades que pueda desarrollar serán lo que determine sus relaciones futuras y a la hora de socializar y expresar sus habilidades, presentará la necesidad de competencia, para comparar sus habilidades y su laboriosidad.

En casa, puede apoyar con unas tareas del hogar y ocuparse por sus propias tareas de la escuela, puede ser en algunas cuestiones independiente de los padres, pero dependen aún de ellos en cuestiones de ingresos y alimento durante etapas tempranas, mientras en la etapas anteriores de (confianza- desconfianza, autonomía-vergüenza e iniciativa- culpa) los padres representaban figura a seguir, ahora buscan otras figuras con quien identificarse, como podrían ser otros grupos sociales externos a sus figuras paternas, donde desarrollará un mayor interés por su apariencia física e interés por participar a un grupo social, así como tener un hobby que le identifique.

A finales de esta fase, está a punto de convertirse en adolescente, va dejar de ser un niño, manifestará un menor interés en juegos infantiles, y se interesa por otras cuestiones propias a su edad, donde puede incluir películas, series, música, etc. En su núcleo social los amigos son importantes y significativos para tener una referencia de quién es, y valoración de sí mismo a través de la valoración de los demás: así mismo, mide sus capacidades, dándole importancia lo que opinen los demás de sí mismo.

Hacia finales de esta fase, el juego pierde importancia e interés, con la pubertad y la incorporación de los valores adolescentes, el individuo abandona lentamente sus hábitos anteriores, y lo que había sido un compromiso en el juego se funde poco a poco con un compromiso de trabajo que al principio participa a medias del juego y que luego deviene real. Los adolescentes tienden a seguir un curso medio entre el juego y el trabajo, entre la niñez y la adultez. (W. Maier Henry, 1989, p.63).

Erikson, (s.f), destaca que “el origen de muchas de las actitudes ulteriores del individuo hacia el trabajo y los hábitos del trabajo pueden hallarse en el grado de eficaz sentido de la industria promovido durante esta fase [...]” (citado en W. Maier Henry, 1989, p.64). Ahora el individuo tiene la necesidad de integrarse a su sociedad para su desarrollo y ser un individuo productivo y seguro de sí mismo, con el apoyo de sus padres para inhibir el sentimiento de inferioridad de no conseguir con éxito lo que se propongan.

Durante la infancia tardía son más notorios aquellos cambios físicos, cognitivos, así como sus habilidades motoras y lingüísticas, se consideran menos egocéntricos en esta etapa de la vida, buscando relacionarse con compañeros de su mismo sexo, empieza a desarrollarse la autoestima valorando su imagen y valor personal y auto concepto volviéndose más

conscientes y realistas en su persona, así mismo son más competentes en actividades de razonamiento lógico. Es esencial esta etapa para la formación del niño, así como para adquirir valores y formarse correctamente como individuo.

2.1.5 Búsqueda de la identidad vs. Difusión de la identidad 13 – 21 años

El individuo va madurando progresivamente, ahora pueden notarse los cambios en su desarrollo, que va teniendo, tanto físicos, emocionales y cognitivos, con ello va manifestar modificaciones en su crecimiento, conductuales, su forma de ser y pensar, lo que le lleva a perder la confianza de su cuerpo y dudar sobre sus habilidades, necesitando así de la aprobación de amigos que se encontrarán en la misma etapa, también empezará a interesarse por personas del sexo opuesto. De acuerdo con Erikson (1950,1969) en la “identidad frente a difusión de la identidad (adolescencia), incorpora todas las experiencias y los conocimientos de los jóvenes en una búsqueda de la identidad personal” (citado en H. Fine Aubrey, 1987, p.457).

W. Maier Henry, (1989) afirma que “el deseo de realización sexual con un compañero del sexo opuesto ya no puede ser desechado por inapropiado o ridículo, porque en definitiva estos impulsos derivan físicamente de una etapa biológica avanzada, la etapa genital” (p.67). Aun que va a preferir platicar y convivir con sus amigos adolescentes de la misma edad y sexo, que le permitirán identificarse y buscar su identidad.

Por otra parte, en el sentido de la identidad, así como la superación del sentido de la difusión de la identidad, contribuyen los polos de esta fase del desarrollo, en un extremo, hay un esfuerzo por integrar las direcciones internas y externas; en el lado contrario, hay difusión, que conduce a un sentido de inestabilidad en medios de numerosos y confusos reclamos internos y externos. (W. Maier Henry, 1989, p.66).

Para un adolescente el no tener claro su identidad y conocerse a sí mismo puede generarle frustración, el cual puede sentirse confundido y actuar erróneamente ante sus decisiones y en su rol social. Erikson (s.f.) afirma que “muchos adolescentes tardíos afrontan un permanente problema de difusión de la identidad en relación a sus propias posibilidades y al lugar que les espera en su sociedad” (citado en W. Maier Henry, 1989, p.68). En esta búsqueda de identidad y difusión, el adolescente prueba diferentes formas de vestirse para poder adaptarse a la sociedad hasta encontrar un ambiente más confortable.

Este estadio abarca la adolescencia, donde existe la gran curiosidad del adolescente sobre su persona, ¿Quién soy? Es una de las preguntas que se formula la persona durante esta etapa de la vida, o pueden sentirse confundidos respecto a su identidad.

Erikson (s.f) refería que las partes elementales de la identidad como identidad básica, que comprende la identidad corporal (especie, sexo) y la herencia biológica de individuo (genealógica y biológica). Una vez que el individuo ha resuelto los elementos de la identidad básica, la persona está lista para construir sobre ella otros factores de identidad (citado en H. Fine Aubrey, 2003, p.457).

La identidad debe ser resuelta en esta etapa, de lo contrario se arrastrarán distintas alteraciones a la edad adulta, ya que con los distintos cambios físicos que sufre la persona u adolescente se desorienta respecto a la imagen propia, con ello debe ser recuperada progresivamente mientras acepta los cambios que vive en su desarrollo. “El problema de esta fase ¿Quién seré? continúa manifestándose por doquier. Es posible que el individuo resuelva su dilema inclinándose hacia la delincuencia, eligiendo así la identidad contraria a la que la sociedad sugiere, antes que permanecer como un ser anónimo [...]” (W. Maier Henry, 1989, p.68).

Por ejemplo, que los adolescentes se rebelen a sus padres pueden llegar a desafiar a cualquier figura de autoridad, en un inicio no respetando los límites en casa con sus padres y posteriormente faltarles el respeto a los profesores, para después en la sociedad con conductas inapropiadas, llegar ebrio a casa, ser grosero con los compañeros de clase y el profesor, incluso manejar ebrio son algunas ejemplos de conductas desafiantes, que lo llevaran a tomar malas decisiones en su vida, inclusive llegar a tener conductas de riesgo en su sexualidad, poniendo en riesgo su propia salud.

Por otro lado, en la adolescencia la persona puede ser más independiente, empieza a distanciarse de su núcleo primario (los padres) y demás familia y prefieren la convivencia de sus amigos, les genera interés pensar sobre su futuro y en algunos adolescentes la decisión de qué estudiar o trabajar.

Erikson, (s.f) hace la siguiente analogía “la adolescencia como extensión de la niñez significa una moratoria psicológica, del mismo modo que la latencia constituye una moratoria psicosexual” como se citó en (W. Maier Henry, 1989, p.69). Es decir, antes de que el niño pueda convertirse en adulto es necesario tenga el tiempo para adaptarse a ser más responsable, la sociedad misma le permite pueda acoplarse, y durante la adolescencia se cuestionara sobre su identidad, en el peor de los casos puede que el adolescente no viva eficazmente este periodo para adaptarse a la edad adulta.

Si la moratoria fracasa, significa que el individuo se ha definido muy tempranamente y está comprometido con la sociedad adulta antes de hallarse preparado, o alienta hondos sentimientos de fracaso porque se lo dejó librado al peligro de esta crisis y se siente perdido como persona (W. Maier Henry, 1989, p.72).

En esta situación el adolescente no se ha identificado así mismo presentara ambivalencia respecto a su persona y como lo ven los demás. Erikson (s.f) afirma “en la adolescencia la representación de roles y las incursiones en la fantasía constituye un modo apropiado de manejar la difusión de la identidad” (como se citó en W. Maier Henry, 1989, p.73)

El adolescente en busca de su identidad se identificará con otras personas, Dichas relaciones con los pares desempeñan la función la función de autoridad esencial para el completamiento de la identidad del yo. Las amistades y amores del adolescente, así como la sobre identificación con ciertos héroes o su

total rechazo son intentos de llegar «... A una definición de la propia identidad proyectando las propias imágenes yocicas difusas en otra persona» (como se citó en W. Maier Henry, 1989, p.74)

La familia, la sociedad y las instituciones tienen gran influencia en el desarrollo del adolescente, lo que le permite madurar de forma adecuada o no, de ser integrado en grupo social donde practique algún deporte, música o arte le beneficiara en un mejor desarrollo donde participe con la socialmente forma positiva, lo que le permitirá definirse e identificarse a sí mismo, de lo contrario le será difícil definirse, tendrá problemas de adaptación, desconfiara de su sociedad y se integrara a grupos poco aceptados en la sociedad como en la delincuencia.

La confianza en su medio, desarrollada previamente, y la comprensión de sí mismo como unidades creadoras determinan su nivel final de participación en el dominio adulto. Cuando estos cimientos no se han consolidado, se corre el riesgo de que los adultos asignen al individuo una identidad que era solo un aspecto de su difusa identidad. En dichos casos, la sociedad puede catalogarlos como delincuente, Vago, payaso, etc., pese a que quizá el individuo mantuvo esa identidad negativa provisionalmente. (Como se citó en W. Maier Henry, 1989, p.75).

2.1.6 intimidad frente al aislamiento, de los 21- 40 años.

El individuo en esta etapa de su vida adquiere mayor madurez; la forma de relacionarse con las demás personas también es diferente, como puede ser relaciones de pareja más íntimas con mayor compromiso, que le generen seguridad y confianza; o en su defecto evadir este tipo de relaciones generando sentimientos de soledad e aislamiento que podría generar la depresión.

Según Erikson (s.f) "El logro de la adultez psicológica implica un crecimiento continuo y un tiempo socio psicológico consagrado al estudio o al trabajo en una carrera dada, así como la intimidad con el otro sexo a fin de elegir un compañero para la prolongada relación íntima del matrimonio como persona, ser social y ciudadano" (Como se citó en W. Maier Henry, 1989, p.78).

Así mismo Freud (s.f) "El individuo demuestra su capacidad de realizar una adultez sana mediante su capacidad para [...] (amar y trabajar)" (como se citó en W. Maier Henry, 1989, p.79). El cual garantiza su identidad personal, además de lograr los hitos y propósitos en su vida como ser humano, con relaciones positivas en su vida tanto en el trabajo con compañeros y amigos como en su matrimonio, su relación de pareja y su satisfacción en el trabajo.

Si estos esfuerzos no son satisfactorios en el matrimonio, el individuo debe aislarse y encontrar soluciones que se desvían de la norma aceptada, para orientarse hacia relaciones interpersonales más formales y asociaciones amorosas más bien inorgánicas. Esto es válido tanto en la esfera del trabajo como en la esfera del amor (Como se citó en W. Maier Henry, 1989, p.79)

En esta edad se da mayor prioridad a las relaciones de pareja y cambia la forma como puedan relacionarse, incluso existe mayor compromiso por que dependen de ello para sentirse

seguros, en compañía y confianza, a lo que lleva una mayor madurez tanto personal como en sus relaciones.

La identidad del yo adquiere su fuerza definitiva con la elección de compañeros cuyas identidades yoicas sean complementarias en algún punto esencial, y que puedan fusionarse en el matrimonio sin crear una peligrosa discontinuidad de la tradición, o una similitud incestuosa- situaciones ambas que tienden a perjudicar el desarrollo del yo de los hijos (W. Maier Henry, 1989, p.78).

Para que el individuo no se aislé, se presenta la necesidad de relacionarse con la sociedad mediante el trabajo, experimentando una unidad íntima con la sociedad y así evitar el aislamiento, tanto hombres como mujeres ahora pueden desempeñar distintas actividades en su trabajo laboral que le permite relacionarse mejor con los demás. De no lograr esta adaptación puede ir de sufrimiento en sufrimiento y duda e inseguridad.

2.1.7 Generatividad frente al estancamiento, de los 40-60 años

En esta etapa la persona puede estar más dedicada a su unión conyugal, que es la base del desarrollo sano de su familia, donde la persona presentara mayor preocupación a los objetivos de su existencia relacionados hacia su futuro o al porvenir de los suyos, la búsqueda de sentirse necesitado e importante por los demás, o por el contrario cuestionarse sobre la importancia de las cosas que realiza o el tiempo perdido en un trabajo, pudiendo generar sentimientos de estancamiento e imposibilidad de ofrecer más a los suyos.

En esta antepenúltima fase de la vida el ser humano puede evaluar y plantearse que ha hecho, con su madurez puede replantar sus metas o bien cambiarlas, de no tenerlas se puede decir que existe un estancamiento lo cual puede generar un sentimiento de insatisfacción personal.

Debe observarse que las palabras «generatividad» y «Estancamiento» no se refiere al individuo que procrea, si no al curso que la fija y sigue con su compañero en la sociedad en general, con el fin de garantizar a la generación siguiente las esperanzas, las virtudes y la sabiduría que él ha acumulado. (W. Maier Henry, 1989, p.80).

2.1.8 Integridad del yo frente a la desesperación, de los 60 en adelante.

Este es el último estadio, donde muchos de los individuos pueden dejar de ser más productivos que los años pasados, cambia la manera de verse la vida, se ven fallecer con más frecuencia a amigos, conocidos y familiares de la edad, con ello se afronta el duelo de la vejez propia, acompañado de frecuentes problemas de salud o complicaciones físicas.

A medida que el adulto procrea y asegura el desarrollo de la nueva generación, adquiere una perspectiva más cabal de su propio ciclo; desarrolla un sentido de la integridad. Su sentido de la confianza alcanza su grado más pleno como «seguridad con respecto a la integridad del otro» (W. Maier Henry, 1989, p.81).

Por otro lado, aparte de las limitaciones físicas y el duelo que se vive con la propia vejez, existe el proceso de jubilación para muchas de las personas, otras no encuentran empleo y tampoco tienen el sustento, también puede que tengan miedo de pensar que el tiempo de vida se les está acabando; con la edad se sientan menos productivos y con ello les genere la frustración de lo en algún momento se quería y se abandonó o no se supo realizar, también pueden percibir que desconocen por completo su pareja, con quien se vivió tantos años, lleva a generar cierto sentimiento de vacío y frustración. “el sentido de la integridad aporta una solución eficaz al sentido contrario de la desesperación y disgusto ante los muchos estilos de vida; y de temor a la muerte como remate de una vida irrealizada” (W. Maier Henry, 1989, p.81).

2.2 ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL DEL NIÑO, SEGÚN SIGMUND FREUD

Cada una de las etapas del desarrollo psicosexuales de Sigmund Freud, se basan en describir donde se identifica las zonas erógenas en las etapas de la infancia: oral, anal, fálica y genital que son por las que atraviesan todos los seres humanos, así como la superación de cada conflicto para lograr avanzar satisfactoriamente a la siguiente etapa, donde dependerá principalmente de los padres o cuidadores de los infantes para su desarrollo adecuado de la personalidad y seguridad a través de la satisfacción de sus necesidades básicas en las primeras etapas de la infancia, es decir la gratificación de los instintos del ello dependerá de la estimulación de las áreas corporales correspondientes, por ejemplo satisfacer la necesidad de hambre o seguridad durante sus primeros años de vida, le darán la autonomía para avanzar adecuadamente durante su desarrollo.

Durante la infancia existen cambios físicos y sexuales en el niño, son poco notables, pero esenciales durante su desarrollo. En la primera fase del desarrollo sexual del niño, se caracteriza por ser totalmente sensorial, principalmente táctil, donde el infante experimentara sensaciones agradables al ser amamantado, cargado y bañado, donde lograra los primeros vínculos con su familia, especialmente el primer vínculo del infante con su madre, desde el momento de ser alimentado al nacer, y dura durante la lactancia, que después puede ir disminuyendo con el destete, pero se mantiene en la infancia.

De acuerdo a Freud, (1933/ 1964) La sexualidad infantil se diferencia de la adulta en que no tiene capacidad de reproducción, y es exclusivamente auto erótica, aun que tienen en común con ella la posibilidad de satisfacer los impulsos sexuales a través de los órganos distintos de los genitales, como la boca o el ano, especialmente sensibles a la estimulación sexual (Como se citó en Feist Jess y J. Feist Gregory, 2007, p.38).

Así como la primera fase del desarrollo de Erikson (confianza - desconfianza) influye en el infante, lo serán también importantes las siguientes tres fases de su desarrollo, para la formación de su personalidad. La forma como el infante avance o no en sus primeras etapas del desarrollo, será consecuencia principalmente de cómo fueron resueltas sus necesidades de cada etapa del desarrollo, permitiéndole resolver adecuadamente los conflictos de cada etapa, de ello dependerá su madurez y su personalidad para su desarrollo y pasar a la siguiente etapa.

Así mismo, durante su desarrollo a causa de la frustración o gratificación excesiva del niño, se negará inconscientemente a avanzar a la siguiente fase; por ello se mencionará las etapas del desarrollo psicosexual, sus necesidades y frustraciones de cada una de las fases, para mayor comprensión de lo que ello significa.

2.2.1 La fase oral, de 0 a 1 año de edad

Como se menciona anteriormente el niño en esta etapa se caracteriza principalmente por ser sensorial, el niño disfrutara ser cargado, abrazado e incluso bañado, pero su mayor placer o frustración dependerá de la alimentación que reciba o no de la madre, la sensación o satisfacción del hambre, lo cual se considera la zona erógena de mayor placer la boca y los labios del bebe, donde empieza a reforzarse o existir la primera relación con su madre, quien considerara el infante, como su primer objeto de amor.

Durante esta fase oral de succión, los niños no sienten ninguna ambivalencia hacia el objeto que les da placer y sus necesidades suelen quedarse satisfechas con un mínimo de frustración y ansiedad conforme van creciendo, sin embargo, es más probable que sientan frustración y ansiedad, debido a la regulación de los intervalos entre tomas, la dilatación entre dichos intervalos y el destete final. (Feist Jess y J. Feist Gregory, 2007, p.39).

Freud (1933) afirma que “estas ansiedades suelen ir acompañadas por sentimientos ambivalentes hacia el objeto querido (la madre) y por la mayor capacidad de su ego incipiente para defenderse así mismo del entorno y la ansiedad” (como se citó en Feist Jess y J. Feist Gregory, p.39). Por lo tanto, el infante en esta fase del desarrollo, puede ser un niño satisfecho de complacerle sus necesidades fisiológicas como la alimentación, o experimentar la frustración por la sensación de hambre, a causa de la ausencia de aliento; de ello dependerá como el niño perciba su entorno y a su madre que es su primer objeto de amor.

Es la época en la que el lactante empieza a interpretar las actitudes de su madre, su voz, su sonrisa, la expresión de su cara, etc., como signos favorables o desfavorables para satisfacción de sus deseos, tomando conciencia de la “buena” o “mala” madre, según que satisfaga o no sus deseos. (Aguilar Carrillo Ramón, s.f, p.94).

Esta etapa concluye con el destete, los logros que debe tenerse como objetivo al concluir esta fase son la confianza, gratitud, intimidad emocional y salud mental que le ayudaran como individuo a avanzar a la siguiente fase, cuando no ocurre así se dice hay una fijación, donde la libido permanece en esta etapa.

2.2.2 La fase anal, de 1 a 3 años de edad.

Ahora el infante ha superado la primera fase y con ello la frustración del destete y está listo para enfrentar la frustración que conlleva esta nueva etapa, puede que empiece a sentir curiosidad por las cosas que observa a su alrededor e intentan investigarlo, pueden observarse que los niños a esta edad se abrazan, besen entre ellos o incluso les llamen la atención y puedan empezar a tener curiosidad por tocarse sus genitales, lo que lleva a que los padres intenten impedirlos; si los niños dejan de tocárselos no hay problema, a menos que lo hagan a escondidas es como les generaría sentimiento de culpa.

Sigmund Freud describe este periodo del desarrollo como fase anal, ya que la zona erógena de placer está relacionada a la acción de (expulsión- retención) con valor simbólico a las heces, donde la madre ofrece la comida que es amor para el niño simbólicamente y el niño corresponde las heces como objeto valioso donde aprende a defecar en el lugar indicado y a avisar, es decir el niño ofrece inconscientemente el control de esfínter y las heces como regalo.

Esta fase puede dividirse en dos subfases, durante la primera fase anal, los niños obtienen satisfacción en la destrucción o pérdida de objetos. En este periodo, la naturaleza destructiva del impulso sádico es más fuerte que la erótica y los niños suelen comportarse de manera agresiva con sus padres porque estos los provocan frustración al pretender enseñarles a controlar sus esfínteres, cuando los niños entran a la segunda fase anal, pueden mostrar un cierto interés en sus heces, interés que procede del placer erótico que les provoca la defecación. A menudo, los niños presentan sus heces a los padres como un premio valioso” (Freud, 1933/1964, como se citó en Feist Jess y J. Feist Gregory, 2007, p.39).

En cuanto al control de los esfínteres, la madre se angustia cuando el niño no defeca diariamente y o incita a que lo haga o simplemente trata de enseñarlo a que lo haga, a una hora determinada, que es la hora que le conviene a la madre, entonces el lactante tiene oportunidad de establecer nuevas relaciones con su madre y su alrededor (Aguilar Carrillo Ramón, s.f, p.96).

La defecación produce placer para el menor, mismo que aprenderá a controlar cuando vaya desarrollando a través del control de esfínter, el cual le ayudaran sus padres a demorar cuando le enseñen el lugar y el momento para poder hacerlo.

Si las presiones para que evacue son intensas puede ser para el lactante motivo para afirmar su independencia o para desarrollar su sentido de la propiedad, en forma exagerada, resistiéndose a la expulsión con gran angustia de la madre. Otras veces, cuando la presión es excesiva, el niño puede vengarse después, evacuando cuando no debiera hacerlo (Aguilar Carrillo Ramón, s.f, p.96).

El menor sabe que tiene el control para controlar reteniendo las heces, cuando los padres son muy exigentes podría reaccionar de dos maneras, defecar y orinar donde sus padres lo desaprueben, o en su defecto retener las heces, como consecuencia de la frustración que ello le ocasiona. La manera como pueda ayudarles a los menores y mostrarles adecuadamente a controlar su esfínter, evitándoles la frustración, podrá dárseles seguridad.

2.2.3 La fase fálica, de los 3 a 6 años de edad.

En esta fase el niño muestra una mayor curiosidad por descubrir sus genitales, el niño sabe que su mamá a diferencia de su padre no tiene pene, también pueden empezar a fantasear y curiosear sobre el encuentro amoroso entre sus padres.

“La masturbación, que se origina mediante la fase oral, entra ahora en una segunda fase más crucial. Durante la fase fálica, la masturbación es casi universal, pero como los padres suelen reprimir esta actividad, los niños inhiben su deseo consciente de masturbarse cuando el periodo fálico llega a su fin” (como se citó en Feist Jess y J. Feist Gregory, 2007, p. 40).

En esta etapa pueden apreciarse interés por el menor de explorar sus genitales, donde obtiene placer en la región genital mediante la masturbación, pero también por las fantasías que caracterizan en esta etapa de la infancia.

Es la etapa en la que toman conciencia de la diferencia de su sexo, pues el niño se nota poseedor de un órgano [...] sintiéndose orgulloso del mismo, en tanto que la niña percibe que algo le falta, se siente incompleta o “como si le hubieran quitado algo importante” que hace a su hermanito superior a ella socialmente, desarrollando entonces lo que Freud llama “envidia del pene” (Aguilar Carrillo Ramón, s.f, p.97).

El niño es egoísta en esta etapa quien su madre es su fuente de placer y seguridad primaria por ello en esta etapa inicia el complejo edípico y al no comprende el rol de su padre y lo ve como rival. Freud, (1933/1964) afirmaba que “la experiencia con el complejo de Edipo desempeña un papel aún más importante en el desarrollo de su personalidad” (como se citó en Feist Jess y J. Feist Gregory, 2007, p. 40)

En cuanto al complejo de Edipo masculino, el niño desarrolla una identificación con el padre, esto es, quiere ser su padre. Más adelante desarrolla un deseo sexual con la madre, es decir, quiere poseer a la madre, Estos dos deseos no le parecen contradictorios a su ego incipiente, de modo que puede coexistir durante un tiempo. Cuando el niño finalmente reconoce la contradicción entre ambos, abandona la identificación con su padre y mantiene el sentimiento más fuerte, el deseo de poseer a su madre (Freud, 1925, como se citó en Feist Jess y J. Feist Gregory, 2007, p.40).

De acuerdo con Aguilar Carrillo Ramón (s.f) “el complejo de Edipo representa un peligro para el niño, el tener como rival al padre [...] tiene miedo a ser castrado, [...] Entonces desarrolla lo que en psicología se llama angustia de castración” (p.98).

Por el temor y ansiedad de perder el pene fuente de su placer y deseos, el menor se identifica con su figura paterna, donde se tiene resolución a este conflicto, cuando puede existe una identificarse con su padre del mismo sexo, considerándolo un ejemplo a seguir, esto a causa del temor que el niño experimenta a la castración, como castigo del deseo hacia su madre, que reprime y modificara por un afecto más aceptable.

Una vez que su complejo de Edipo se desvanece o se reprime, el niño renuncia a sus deseos incestuosos, los transforma ha sentimientos de afecto y empieza a desarrollar un superego rudimentario. Puede identificarse con el padre o la madre dependiendo de la predominancia de su naturaleza femenina, aunque normalmente se identifica con el padre, [...] el niño ya no quiere ser su padre, si no que ahora su padre le sirve como modelo a establecer que conductas son correctas o incorrectas. El niño introyecta la autoridad de su padre en su propio ego, mostrando con ello las semillas de su súper ego maduro, El

súper ego incipiente asume las prohibiciones del padre contra el incesto y garantiza la represión continuada de Edipo. (Freud,1933, como se citó en Feist Jess y J. Feist Gregory, 2007, pp.41,42).

A diferencia del complejo edípico con niños, con las niñas va hacer diferente, podrán culpar a su madre por la falta de falo, lo que le lleva a sentirse castrada, modificando así el amor de la madre por el del padre, estos deseos la harán sentirse frustrada, y celosa de la madre, se identificara con su madre, pero añorando un hijo del padre como complemento del sentido de castración.

En la etapa fálica femenina, las cosas ocurren de un modo un poco diferente. La madre es también el primer objeto amoroso para la niña y fuente de todo placer; pero al llegar a esta etapa la niña descubre la ausencia del pene en su cuerpo, se siente castrada, inferior, y culpa de ello a su madre, con lo cual se debilita su apego a ella (Aguilar Carrillo Ramón, s.f, p.99).

Por otra parte, Aguilar Carrillo Ramón, s.f, afirma que “el padre tiene el órgano que ella envidia (envidia del pene); la niña desarrolla entonces un profundo amor hacia el padre y siente celos de su madre” (p.99).

Sin embargo, no todas las niñas experimentan hostilidad hacia la madre e interés en el padre, Freud, (1931,1933), sugirió que cuando las niñas reconocen su castración e inferioridad hacia los niños, se rebelan contra ellos. Tienen 3 formas de rebelarse, la primera, renuncia a su sexualidad, tanto femenina como masculina, y desarrolla una fuerte hostilidad hacia su madre; la segunda, aferrarse de manera desafiante a su masculinidad, con la esperanza de tener un pene e imaginando que es un hombre; y, la tercera, desarrollarse de manera normal, es decir, tomar al padre como objeto de deseo sexual y sufrir el complejo de Edipo temprano. (Como se citó en Feist Jeess y J. Feist Gregory, 2007, p.42).

El complejo de Edipo femenino temprano queda resuelto tras el abandono de la actividad de masturbación, y de la misma manera que el del niño resuelve este complejo cuando renuncia al deseo sexual del padre del sexo opuesto y se identifica con su padre del mismo sexo, pero recordemos que la diferencia de cómo experimenta esta fase, son diferentes para los niños y niñas, donde el complejo de castración por ejemplo en las niñas lo perciben como envidia del pene, y no como ansiedad, además de que las niñas lo viven antes del complejo de Edipo y los niños durante el complejo de Edipo, generado de la culpa y pensamiento de venganza del padre.

2.2.4 El periodo de latencia, de los 6 a 12 años de edad.

Cabe recalcar que las anteriores etapas del desarrollo podrán influir de forma positiva o negativa en las siguientes etapas del desarrollo del menor, pues podrán lograr solucionar conflictos emocionales de las etapas anteriores beneficiando con ello su capacidad para relacionarse e incorporarse en un grupo social.

La muestra de afecto en esta etapa estará dada por sus padres, amigos, compañeros y maestros, en función del desempeño de sus actividades, donde sus actitudes y sentimientos reflejan su actitud de competencia, Es decir, alentar a los niños en esta etapa y reconocer sus

esfuerzos, así como aceptar sus fallas, le permitirá manejar de forma adecuada sus frustraciones, para que se dé cuenta que puede equivocarse y fallar.

Durante esta fase del desarrollo aumenta la integración social, es decir los procesos identificatorios empiezan a influir, donde el infante busca una identificación y un sentido de pertenencia con un grupo de amigos, lo cual aumentará su necesidad por relacionarse con compañeros de su edad, aunque cabe recalcar que en esta etapa del desarrollo los varones se caracterizan por mostrar una incomodidad al mostrar afecto entre amigos, se relacionan mejor con sus maestros, cumple eficazmente con sus tareas, donde el éxito cumple un papel fundamental para el autoestima, y sus esfuerzos están motivados para mejorar su persona.

El niño se apropia de destrezas lo que le permite ser capaz de adaptarse a cultura, por ello la importancia de que se sientan útiles y productivos, así mismo la relación con sus compañeros de la edad le ayudarán a aprender acerca de sí mismo, formado así sus actitudes y valores que podrá experimentar lo aprendido en el hogar.

Esta fase de latencia se produce en parte debido a los intentos de los padres de castigar o desalentar toda actividad sexual en sus hijos, si la represión de los padres tiene éxito, los niños reprimirán su impulso sexual y orientarán su energía psíquica hacia los estudios, los amigos, Las aficiones y otras actividades no sexuales (Feist Jeas y J. Feist Gregory, 2007, p.44)

Durante esta etapa de niñez tardía se centra en un estado de latencia, porque se olvidan conductas masturbatorias centrándose su interés en actividades de su agrado, así como relacionarse con los demás, los padres podrán dejar de ser sus modelos de identificación y ahora los maestros podrán modelar su superyó.

Existirá una transformación del menor que serán más vistos aquellos signos físicos que caracterizan la masculinidad o femineidad, así como las características psíquicas de cada uno de los sexos. Al final de esta etapa del desarrollo los niños son más capaces de resolver sus problemas, afrontando situaciones difíciles, así para relacionarse con distintas personas de su edad o mayores, integrarse en sociedad logra un mejor desarrollo, volverse más productivos y seguros de sí mismos.

2.2.5 La fase genital, de los 12 en adelante.

Freud (1923), afirma que “la pubertad marca un renacimiento del impulso sexual y el principio de la fase genital, durante esta etapa la vida sexual de la persona entra en una segunda fase que muestra diferencias fundamentales con el periodo infantil” (citado en Feist Jeas y J. Feist Gregory, 2007, p.45). Por otro lado, los adolescentes renuncian al autoerotismo y orientan su energía sexual hacia otra persona en lugar de hacia sí mismos, en segundo lugar, en este periodo es posible la reproducción. En tercer lugar, aunque la envidia del pene puede persistir en las niñas, finalmente la vagina obtiene el mismo estatus que tenía el pene durante la infancia. (Feist Jeas y J. Feist Gregory, 2007 p.45).

La forma como la persona pueda desarrollarse en cada una de las etapas formara su personalidad, siendo las primeras 4 etapas responsabilidad principalmente de los padres o cuidadores, pero ello no será responsabilidad de la vida del sujeto, ya que la forma como el sujeto se desarrolle y reafirme su personalidad será responsabilidad únicamente de cada individuo.

2.3. DESARROLLO PSICOLOGICO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA, SEGÚN MELANIE KLEIN

Cabe mencionar que tanto Melanie Klein, Sigmund Freud, Erik Erikson y otros psicoanalistas coinciden en la importancia que tienen las primeras etapas de su vida o los primeros cinco años para la formación de la personalidad. Por lo que se trata de un tratamiento psicoanalítico, en la psicología del “yo” se basará en su capacidad de decidir y enfrentar su entorno físico e intrapersonal a través de su desarrollo favorable o no.

El “ello” ataca constantemente al “yo”, donde tratamientos psicoanalíticos buscan reducir la ansiedad o tensión para dominio de la vida del paciente. En los niños recién se encuentran construyendo su “yo”, de no propiciar un ambiente adecuado durante su desarrollo se verán afectados en el futuro.

De esta forma un tratamiento psicoanalítico desde pequeños podrá fortalecer el “yo” del infante ayudándole a su desarrollo, para ello, después de que se logra que la terapia sea de interés y el terapeuta de confianza para el niño, se logrará que el niño se preocupe por sí mismo.

Por otro lado; los infantes aprenden a calificar desde los primeros meses de vida, lo que se les acerca como bueno o malo, dependiendo como se sienta a relación a ese objeto. Por ejemplo, una madre que este al pendiente de su hijo en los primeros meses de vida y le brinde cariño, será considerada por el infante como pecho bueno, de lo contrario el infante la percibirá como pecho malo y se negará a que se le acerque, de este modo el infante se concentrará en la primera relación que es con su madre, para adquirir seguridad y confianza.

2.3.1 Relaciones objétales

En este caso se dará énfasis a la relación del bebe con su madre, a través de esta relación de apego que desarrolle con su madre, donde se caracteriza él bebe como un ser dependiente de la madre, quien tendrá un “yo” poco integrado.

Es decir, el infante no se identificará con personas, si no con objetos parciales, donde reconocerá dos tipos de experiencias, buenas por objetos buenos y malos por objetos negativos y dañinos; donde por objetos buenos o malos, el niño identificará de su madre como pecho bueno o malo, a partir de lo que perciba de ella, esto lo llevará a cabo a través de un proceso de separación entre ansiedad y odio, que se proyectará al pecho materno y generará ansiedad y culpa.

Como ya se mencionó, el pecho bueno, se representa como un objeto bueno para el niño, será gratificante y el pecho malo lo percibirá como agresivo, el cual se sentirá perseguido, y le generará ansiedad.

En primer lugar, la teoría de las relaciones objétales plantea la existencia de una necesidad primaria de objetos, que va más allá de la búsqueda del placer que el yo intenta encontrar para dar respuesta a su necesidad de relación, entre ellas tenemos la teoría de Melanie Klein, que enfatiza la determinación pulsional de la experiencia de la relación con el objeto y concentra su atención en el objeto interno y su efecto determinante sobre la vida posterior del sujeto. (Ramírez Natalia, 2010, p.222).

De acuerdo a Laplanche y Portalis (1996), el término relación objetar es utilizado para: "designar el modo de relación del sujeto con su mundo, relación que el resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión más o menos fantaseada de los objetos y de unos tipos de defensa predominantes" (como se citó en Laplanche y Portalis, 1971, p.359).

Así mismo, las relaciones de objeto son: representaciones mentales inconscientes de los objetos y del sentido del self en interacción con ellos que se forma en el curso del desarrollo a partir de interacciones y experiencias importantes de la infancia, y afectan profundamente las interacciones interpersonales de la persona y sus elecciones de objeto (Tyson P. y R. Tyson, 2000, como se citó en Tyson P, 2000, p. 361).

Las relaciones objétales, son de gran importancia para el menor, pues el vínculo que tiene con su madre es necesario para su supervivencia, ya que también el intercambio afectivo que mantiene con su madre le permitirá desarrollarse adecuadamente. Para el niño estas representaciones mentales del objeto y del self se construyen a partir de los pasos progresivos en el desarrollo de las relaciones objétales, la disponibilidad emocional apropiada de la madre y el intercambio afectivo entre ésta y el niño, es de gran importancia para promover la formación de las estructuras psíquicas del menor. Del mismo modo, Masling y Borstein R. (1994) afirma que "el resultado de una relación mutua, predecible y articulada con una figura materna sería la base para subsecuentes separaciones, exploraciones y eventuales individuaciones" (como se citó en Ramírez Natalia, 2010, p. 223).

Así pues, Spitz (s.f) creía que el dialogo continuo de acción y respuesta, motivado por lo afectivo y mutuamente estimulante, proporciona el contexto en el que aparecen las relaciones de objeto y las estructuras intrapsíquica [...] diálogo que inicia en la situación de amamantamiento, pero pronto se extiende más allá del mismo (como se citó en Ramírez Natalia, 2010, p.224).

La relación afectiva que el menor pueda mantener con su figura materna es importante para el desarrollo del psiquismo, donde se inicia con la necesidad de la alimentación, pero también es importante para la satisfacción de necesidades psicológicas y emocionales del menor.

Del mismo modo, las experiencias de alimentación deben ser consideradas como organizadora de las interacciones tempranas más importantes con la madre; y, describe los detalles del diálogo en términos

de expresiones faciales no verbales, acción física, vocalización, respuestas e interacciones lúdicas, que proporcionan la base para el desarrollo de una forma de comunicación privada y exclusiva con la madre. El principal propósito de este sistema temprano de comunicación es sostener, mantener y enriquecer mutuamente la dualidad (Call, 1964, como se citó en Ramírez Natalia, s.f, p.224).

El menor desde los primeros días de vida puede percibir de su madre la protección y cariño que le brinda a través de la satisfacción de sus necesidades de alimentación y afectivas o por el contrario percibir la ausencia de ello, lo cual existe una primera interacción entre madre e hijo. De acuerdo a Call (s.f) sugiere que “este sistema se convierte en el principio organizador de formas posteriores de comunicación, incluyendo los afectos, los gestos y la adquisición del lenguaje” (p.224).

Por otra parte, alrededor de los dos meses de edad, el infante empieza a manifestar cambios notables en la conducta, comienza a anticiparse activamente a los intercambios recíprocos, busca activamente la interacción social, empieza a mostrar una capacidad de autorregulación emergente, y a finales del segundo, cuarto o quinto mes, la madre se constituye para el infante como principal objeto de amor y se procura establecer un fuerte vínculo; las sonrisas indiferenciadas del pequeño se dirigirán de manera específica a la madre, lo que constituye un indicador de este vínculo y sirve para organizarlo y consolidarlo. A partir de este punto, todas las actividades, afectos y percepciones del infante parecen centrarse cada vez más en la interacción interpersonal con la madre en la medida en que ambos se involucran en un diálogo activo.

No obstante, para lograr este grado de seguridad interna, el niño debe resolver los conflictos entre sus deseos y las prohibiciones de su madre, y arreglárselas para tolerar la ambivalencia. Entonces sus sentimientos de amor e ira hacia ella pasan a ser abarcados más completamente por una representación única de la madre el niño podrá así moderar y tolerar mejor su rabia y desencanto, puesto que sus experiencias frustrantes con la madre son neutralizadas por los recuerdos de su comportamiento gratificante, amoroso y reconfortante. (Mc Devitt, 1975, como se citó en Ramírez Natalia, 2010, p.226).

A lo que, Klein, M. (s.f) afirma que “La teoría de los objetos internos diseña una nueva estructura de la mente, destaca que son los vínculos y no las pulsiones como fuerzas biológicas los que producen el desarrollo mental; siempre hay una motivación en todo proceso psicológico, con consecuencias para la realidad psíquica” (como se citó en Ramírez Natalia, 2010, p.225).

Sin embargo, en la última etapa, el niño logra tener una representación integrada de la madre que puede proporcionarle bienestar y apoyo en su ausencia, permitiendo que sea menos dependiente y, por lo tanto, que funcione de manera más independiente de la madre, podemos decir que ha alcanzado cierto grado de constancia del objeto libidinal (Winnicott. D, s.f, como se citó en Ramírez Natalia, 2010, p.226).

La base de la satisfacción instintiva y de las relaciones objétales es el éxito del cuidado materno de satisfacer las necesidades del menor, pues constituye la base de la fuerza del yo, mientras que el fracaso en dicho cuidado materno consiste en un debilitamiento del yo.

Las relaciones objétales es de suma importancia y es asumida como una concepción psicoanalítica, su inclusión en los diferentes programas preventivos y de rehabilitación debiera ser indispensable, por ser benéfico en el desarrollo del infante; un recurso interno con que cuenta un individuo para hacer frente a las vicisitudes cotidianas, que están relacionadas con el desarrollo y la madurez de su mundo interno, el cual está cubierto de relaciones objétales;

donde la relación de objeto implica a la madre con su individualidad estructurada y madura, y al hijo que debe desplegar, desarrollar y establecer progresivamente su individualidad, este vínculo afectivo es una relación que implica la adaptación al menor quien expresa sus necesidades y lo hace con un afecto concomitante y obtiene de la madre una respuesta también cargada de afecto y esto favorece el entendimiento mutuo.

La madurez emocional se refleja en la capacidad de discriminar aspectos sutiles de la propia personalidad y la de otras personas, y en una creciente selectividad en la aceptación e internalización de las cualidades de los demás; las relaciones maduras se basan en esa selectividad y en la capacidad de combinar el amor con la independencia y la objetividad emocional; Un desarrollo emocional entorpecido en sus primeros años anida perturbaciones a futuro, por ello se debe incidir en forjar adecuados vínculos por medio de madres comprometidas para formar niños saludables y emocionalmente estables.

De acuerdo a la teoría de la autora Melanie Klein, el ser humano pasa por una serie de etapas durante su desarrollo, el cual también se desarrolla su yo, así como las relaciones con su entorno, donde se establece la expresión de dos posiciones durante las relaciones objetales, derivadas de la evolución de su yo, la posición esquizoparanoide y la posición depresiva.

2.3.2 La posición esquizoparanoide 3 a 4 meses

Esta posición es el primer tipo de relación objetal, que inicia con el nacimiento y puede extenderse hasta los seis meses de edad en esta etapa inicial del desarrollo, el niño aun no es capaz de distinguir que es el yo y que no, teniendo un pensamiento concreto, lo que es incapaz de distinguir elementos holísticos.

Por otro lado, el yo inmaduro del bebé está expuesto desde el nacimiento a la ansiedad provocada por la innata polaridad de los instintos, el conflicto inmediatamente instinto de vida e instinto de muerte. Esta también inmediatamente expuesto al impacto de la realidad externa, que le produce situaciones de ansiedad, por ejemplo, el trauma del nacimiento, pero también le da vida, por ejemplo, el calor, amor y alimento proveniente de la madre. Cuando se ve enfrentando con la ansiedad que le produce el instinto de muerte, el yo lo deflexiona (Segal Hanna, 1982, p.30).

“Es así como el pecho al que se siente contenido gran parte del instinto de muerte llega a experimentarse como malo y amenazador para el yo, dando origen a un sentimiento de persecución (Segal Hanna, 1982, p.30). El menor al no distinguir los aspectos gratificantes y aversivos en el mismo objeto, los identifica de forma parcial, interpretando la existencia de un bueno que lo protege y el malo que lo persigue, frustra y daña denominando incisión a este mecanismo de defensa.

De acuerdo Segal Hanna (1982) “La incisión es lo que permite al yo emerger del caos y ordenar sus experiencias” (p.39). En otras palabras, esta etapa del desarrollo el niño no percibe como objetos totales, todo será parte de sí mismo y sentirá que le pertenece, sentirá que incluso el pecho de la madre le pertenece y de no satisfacer sus necesidades de

alimentación lo identificará como pecho malo, sentirá que lo persigue para dañarlo, generándole sentimientos de ansiedad y volviéndolo agresivo.

De acuerdo a Segal Hanna (1982); "Parte del instinto de muerte que queda en el yo se convierte en agresión y se dirige contra los perseguidores" (p.30). La falta de satisfacción de sus necesidades es la privación a la gratificación y una amenaza por los perseguidores, él bebé se percibe como perseguido y amenazado por lo que él identifica como pecho malo. El objeto ideal del menor, quien le da vida y protege y lo aleja del objeto malo y parte del yo (contiene el instinto de muerte).

En forma similar la fantasía de persecución se fusiona con experiencias reales de privación y dolor, atribuidas con el bebé a los objetos persecutorios. Así la gratificación, no solo satisface la necesidad de bienestar, amor y nutrición; también se le necesita para mantener a raya aterradora persecución (Segal Hanna, 1982, p.31).

Así mismo el infante percibirá como dos objetos separados, el pecho bueno del malo, en su primer año integrará a estos objetos con aspectos de positivos y negativos, amor y odio al objeto, donde esa crisis le llevará a la siguiente etapa. Debido a la existencia de un objeto malo, persecutorio, el infante desarrollara ansiedad y angustia ante la idea de que esta pueda atacarle. De este modo, se desarrolla un miedo paranoide que a su vez despertará instintos agresivos y sádicos hacia el objeto, donde son frecuentes la confusión y angustia ante el desconocimiento de que objeto se va a encontrar.

La ansiedad predominante de la posición esquizoide- paranoide es que el objeto u objetos persecutorios se introducirán en el yo y avasallaran y aniquilaran tanto el objeto ideal como al Yo. Estas características de la ansiedad y de las relaciones objétales experiencias durante esta fase del desarrollo llevaron a Melanie Klein a denominarla posición esquizo-paranoide, ya que la ansiedad predominante es paranoide, y el estado del yo y de sus objetos se caracteriza por la escisión, que es esquizoide. (Segal Hanna, 1982, p.31).

Cuando el menor introyecta el aspecto bueno de los objetos (el pecho bueno) a través de sus experiencias positivas o negativas forma un yo sano que le permite pasar hacia la siguiente posición, la posición depresiva.

2.3.3 La segunda posición depresiva 4 a 6 meses

Esta etapa surge alrededor de los 6 meses de vida del infante, donde el bebé va madurando durante su crecimiento, y con ello desarrolla su yo para diferenciar del yo de lo que no es, siendo capaz de observar que los objetos son independientes de sí mismo e identificándolo como agradables y desagradables, donde ve los objetos como un solo elemento que en ocasiones es bueno y otras malas, introyecta el aspecto bueno de los objetos, disminuyendo las pulsiones agresivas. "la posición depresiva como la fase del desarrollo en que el bebé reconoce un objeto total y se relaciona con dicho objeto (Melanie Klein, s.f, en Segal Hanna, 1982, p.72).

Así pues, en esta posición aparece angustias de tipo depresivo que la caracterizan, que se añaden a las propias posiciones anteriores, nacen los sentimientos de culpa y gratitud hacia

los objetos, y empiezan a aplicarse mecanismos de defensa como la represión de instintos y el desplazamiento.

A lo que Segal Hanna, (1982), afirma que “a medida que prosiguen estos procesos de integración, el bebé reconoce más y más claramente que es una misma persona, el mismo quien ama y odia en una misma persona, su madre” (p.73). El menor puede empezar a identificar que es una misma persona, que percibe a veces buena y a veces mala, es el mismo objeto, fuente de lo bueno y malo, lo que lo lleva a expresar distintos sentimientos.

El bebé bien integrado que puede evocar y conservar su amor por el objeto bueno, incluso mientras lo odia, está expuesto a nuevos sentimientos poco conocidos durante la posición esquizo-paranoide: el duelo y la nostalgia por el objeto bueno al que se siente perdido y destruido, y la culpa, una experiencia depresiva típica provoca por el sentimiento de que perdió a su objeto bueno por su propia destructividad (Segal Hanna, 1982, p.74).

De acuerdo a Segal Hanna (1982) “la experiencia de depresión moviliza en el bebé el deseo de reparar a su objeto u objetos destruidos. Anhela compensar los daños que les ocasiono en sus fantasías omnipotentes, restaurar y recuperar sus objetos de amor perdidos, y devolverles la vida y la integridad” (p.76).

El menor creerá que los impulsos amorosos serán reparatorios, así como creer que la destrucción se debe a sus ataques. “Basta decir que el bebé resuelve gradualmente las ansiedades depresivas y recupera externa e internamente sus objetos buenos al reparar a sus objetos buenos al reparar a sus objetos externos e internos en la realidad y en sus fantasías omnipotentes” (Segal Hanna, 1982, p.76).

Por otro lado, esta etapa se caracteriza a lo que Freud llama el complejo de Edipo, a lo largo de la etapa fálica, es decir alrededor de los 3 años de edad, donde el desarrollo del bebé es más notorio, pues puede reconocer a su madre y posteriormente al padre y otras personas cercanas.

El profesional dedicado a la asistencia tiene que decidir en determinado punto de su vida, si el niño será capaz de tomar conciencia sobre sentimientos de ira y gratitud, permanecerá el miedo a dañar al objeto amado, que serán sentimientos encontrados, le producirán culpa y deseos de reparación importante para suprimir el mal que ha deseado y al desarrollo del “yo”, y su adaptación a la realidad, esta reparación será el triunfo de las pulsiones de vida sobre las pulsiones de muerte.

En esta etapa el niño deja de percibir a su madre como objeto parcial, al servicio de sus necesidades, ahora es un objeto entero fuente de frustraciones y gratificaciones, cuando el niño asume que los objetos sobreviven a sus crisis de violencia puede ser capaz de separarse de ellos, ya no necesita controlar a su objeto amado y disminuye su omnipotencia.

“El bebé se relaciona no solo con el pecho, manos, rostro, ojos de la madre como objetos diferenciados, sino con la madre como persona total” (Segal Hanna, 1982, p.72). De acuerdo a Segal Hanna (1982) “cuando el bebé reconoce a su madre, esto significa que ya la percibe como objeto total (p.72).

Así mismo, este cambio en la percepción del objeto se acompaña de un cambio fundamental en el yo, pues a medida que la madre se convierte en objeto total, el yo del bebé se convierte en un yo total, escindiéndose cada vez menor en sus componentes buenos y malos (Segal Hanna, 1982, p.72).

A medida que él bebe pasa por repetidas experiencias de duelo y reparación, de pérdida y recuperación, su yo se enriquece con los objetos que ha debido recrear en su interior y que ahora se hacen parte de él. Aumenta su confianza en su propia capacidad de conservar o recuperar objetos buenos y su creencia en su propio amor y posibilidades (Segal Hanna, 1982, p.80).

La posición depresiva puede iniciar desde la fase oral, con ello surge la ansiedad de que los impulsos destruyan su objeto bueno extremo e introyectado.

En la posición esquizo-paranoide, el motivo principal de la ansiedad es que el objeto u objetos malos lleguen a destruir al yo. En la posición depresiva, las ansiedades brotan de la ambivalencia, y el motivo principal de la ansiedad del bebé es que sus propios impulsos destructivos hayan destruido o lleguen a destruir al objeto amado de quien depende totalmente (Segal Hanna, 1982, p.73).

La superación de estos conflictos en la infancia permite alcanzar un equilibrio entre su mundo psíquico interno y externo, al crecer desarrolla la capacidad de disfrutar de las cosas y llevar relaciones gratificantes de amor.

CAPITULO 3- ÉL IMPACTO QUE OCASIONA EL ABUSO SEXUAL DURANTE EL DESARROLLO DEL INFANTE DE 6 A 12 AÑOS DE EDAD

Cualquier tipo de violencia hacia un niño o persona, marca significativamente su vida y lo lleva a sufrir traumas en su entorno social, físico, familiar, escolar y psicológico; modificando su conducta y emociones; estamos rodeados de una sociedad agresiva y violenta donde podemos percibir la violencia en cualquier parte que volteamos a ver, por ello el interés de señalar algunas de sus consecuencias que tiene la violencia como es el abuso sexual en menores, así como definir el abuso sexual, donde el principal interés es conocer el impacto que puede generar en un(a) niño(a) que apenas empieza a desarrollarse física y psicológicamente y que ha sido víctima de la violencia y abuso sexual.

¿Cómo repercute el desarrollo de un niño o infante que apenas tiene noción de una relación con su medio ambiente, seres queridos y que sufre un abuso sexual?, ¿Cómo lo afectará a nivel social, emocional y conductual después de tener una experiencia traumática?, ¿cuáles son los cambios que puede desarrollar después de ello?, estas son algunas de las preguntas más importantes y esenciales que podemos cuestionarnos para conocer hasta donde puede afectar a los/las niños(as) en su sano desarrollo e identificar un cambio; pues identificar el abuso a menores desde sus primeras expresiones en su comportamiento y estado de ánimo, así como conocer las principales características y factores que pueden llevar a un niño o un infante a ser más vulnerables, podría beneficiar para prevenir el abuso sexual infantil.

Cuando no se detecta a tiempo un abuso o violación de un infante o niño, se ve afectado cada vez más en sus diferentes ámbitos, manifestando diferentes complicaciones, que si no recibe la ayuda oportuna o el tratamiento psicoterapéutico adecuado, no podrá jamás superarlo, afectándole incluso en la vida adulta; por eso la importancia de mencionar y conocer algunos aspectos de cada etapa del desarrollo del niño, para poder identificar desde los primeros signos el abuso sexual infantil, que además el abusador puede empezar con conductas seductoras, abusando del menor hasta ir progresando a una violación.

De ahí que la situación habitual incestuosa suele ser la siguiente: un comienzo con caricias, un paso posterior a la masturbación y al contacto buco-genital; y, [en las niñas] en algunos casos, una evolución al coito vaginal, que puede ser tardío (cuando el/la niña(a) alcanza la pubertad). Al no haber huellas fácilmente identificables, los abusos sexuales en niños pueden quedar más fácilmente impunes (Echeburúa, 1995, como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, p.15).

Cada vez se sabe más, de por lo menos una persona, que no puede llevar una vida adecuada por algún tipo de abuso que sufrió en su infancia, y que hasta la edad adulta acarrea las consecuencias, tanto emocionales, sociales o psicológicas, y que así mismo tampoco llevo un tratamiento o en efecto, nunca hubo consecuencias legales para su abusador.

De modo que un 15%-20% de la población puede experimentar algún tipo de abuso sexual, si bien una definición más estricta del mismo- limitada a las conductas que interfieren en el desarrollo evolutivo del niño- puede ser aplicada al 4%-8%, lo que supone un problema social importante y que afecta a uno y otro sexo (López, 1997 en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, p.111).

No obstante, de acuerdo con López, (1997) “Los menores no son, sin embargo, solo víctimas de las agresiones sexuales, sino que también pueden ser agresores, ya que el 20% de este tipo de delitos está causado por otros menores”. (Como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, p.111). Es decir, no son solo las personas adultas quienes se convierten en agresores sexuales, también son adolescentes o niños que abusan de otros menores, afectando también a su víctima psicológicamente y emocionalmente, como si se tratara de un adulto.

[Al hablar de abuso sexual infantil hablamos de la] pedofilia que es un tipo de parafilia que consiste en la excitación o el placer sexual derivado principalmente de actividades o fantasías sexuales repetidas o exclusivas con menores pre púberes (en general, de 8 a 12 años). Si bien el pedófilo puede excitarse con ambos sexos, la atracción hacia las niñas se da con bastante más frecuencia que la atracción hacia los niños (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, p.79).

Ajuriaguerra (2007) sugiere que “los atentados sexuales plantean el problema del traumatismo psíquico que producen en el niño, la culpabilidad del niño respecto al atentado sufrido sería diferente” (p.950). Por otro lado, M. Matiz, (s.f), sugiere que “en relación con la educación y el medio al que pertenecen, El shock sería menos perceptible cuando la educación moral anterior es relajada” (como se citó con Ajuriaguerra, 2007, p.950).

Las víctimas de abuso sexual suelen ser más frecuentemente mujeres (59,9%) que hombres (40,1%) y se sitúan en una franja de edad entre 6 y 12 años. Hay un mayor número de niñas en el abuso intrafamiliar (incesto), con una edad de inicio anterior 7-8 años, y un mayor número de niños en el intrafamiliar (pedofilia), con una edad de inicio posterior 11-12 años, (Echeburúa, y guerricaechevarría,2000, p.13).

Así mismo Finkelhor, (1993) afirma que “las edades de mayor riesgo son las comprendidas entre los 6 y 7 años, y los 10 y 12, por otro” (como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, p.16). Cabe destacar que incluso menores en edades muy temprana también han sido abusados sexualmente y aun que pudieran creerse que no repercute psicológicamente por ser muy pequeños para ser consciente o recordar el abuso, si puede verse afectado en su inconsciente, además de tener problemas graves de salud física.

De acuerdo con Herman, Rusell y Trocki (1981) “Si bien no más del 20% de los casos denunciados de incesto hacen referencia a los contactos padre-hija, estos son más traumáticos por lo que suponen de disolución de los vínculos familiares más básicos”. (Como se citó en Echeburúa, y Guerricaechevarría, 2000, p.14).

Ahora bien, al hablamos de cómo afecta el abuso sexual infantil, también es importante conocer del tema, diferenciar, cuando se habla de maltrato y violencia; donde el tipo de violencia se podrán distinguir, el abuso sexual, acoso, exhibicionismo o violación; pues si se le da el termino de abuso es porque va en contra de su voluntad, y sin consentimiento del menor, además de la traición a la confianza que muchas veces el menor deposita en el

agresor. La importante de hablar de estos diferentes términos de abuso y distinguir de qué tipo de violencia fue víctima el menor, facilita hablar del tema con el menor y sus padres, además de que puede valorarse el tipo de afectación del menor.

3.1 ¿QUÉ ES EL ABUSO SEXUAL?

Para comprender el termino de abuso y sus consecuencias es necesario diferenciar cuando existe un abuso, violación o maltrato físico, para distinguir cada uno de ellos y comprender las posibles consecuencias ante un abuso sexual, es necesario que conozcamos las consecuencias que conlleva, el cual no implica que haya maltrato físico o penetración, para creer que no hay consecuencias graves en un(a) menor víctima de abuso sexual.

La violencia puede ser cualquier acto que vaya en contra de los derechos, la voluntad y la integridad física y psicológica de las personas, donde pueden hacerse uso de la fuerza física para obligar, intimidar o amenazar a alguien limitando su libertad para decidir. Cuando existe algún tipo de violencia sexual, existe la acción de imponer o inducir a la víctima la realización de actos sexuales no deseada o desagradable, las cuales se tiene incapacidad para negarse o defenderse, como en el caso de los niños, adolescentes.

Por otro lado, las personas que tienden a abusar a niños no siempre utilizan la fuerza física, pues, en su mayoría suelen ganarse la confianza de los niños y de sus padres para poder quedarse a solas con el menor, chantajearlos y obligándolos a hacer cosas que no desean, de ahí el termino de abuso, abuso contra la voluntad del menor y a la confianza que pueden brindarle los padres del menor a estos adultos o la misma confianza que el menor puede tener a estas personas.

La agresión, abuso y acoso, son algunos tipos de violencia que se sufren dentro del abuso sexual a los menores, por adultos o adolescentes quienes tiene contacto físico para estimularse y graficarse sexualmente.

El abuso sexual se define como contactos e interacciones entre un niño y un adulto cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años cuándo esta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro. Definición aportada por Nacional Center of Child Abuse and Neglect (1978).

Dentro de esta concepción de abuso sexual, Horno Goicoechea pepa y Santos Nández Anna (s.f), responsables del programa prevención del abuso sexual Infantil, destacan las siguientes categorías:

- Abuso sexual: Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con contacto y sin contacto físico realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. Puede incluir: penetración vaginal, oral y anal, penetración digital, caricias o proposiciones verbales explícitas.

- Agresión sexual: Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal con violencia o intimidación y sin consentimiento.
- Exhibicionismo: Es una categoría de abuso sexual sin contacto físico.
- Explotación sexual infantil: Una categoría de abuso sexual infantil en la que el abusador persigue un beneficio económico y que engloba la prostitución y la pornografía infantil. Se suele equiparar la explotación sexual con el comercio sexual infantil.

La violación al menor va afectar significativamente al niño(a) por lo que se sentirá incapaz de defenderse y actuar en contra de su voluntad, lo que le perjudicará gravemente a sus emociones y estima; sumado a la poca capacidad que tendrá para poder hablar sobre el abuso y de hacerlo tendrá que enfrentarse con distintas cuestiones por parte de sus padres, familiares, autoridades y el mismo agresor en caso de ser un familiar que convenga a la familia sobre la falsedad del testimonio del menor.

De acuerdo a Saldaña, Jiménez y Oliva (1995) por lo que se refiere al acto abusivo, este puede ser sin contacto físico (exhibicionismo, masturbación delante del niño, observación del niño desnudo, relato de historias sexuales, proyección de imágenes o películas pornográficas, etcétera) o con contacto físico (tocamientos, masturbación, contactos buco genitales o penetración anal o vaginal. El coito es mucho menos frecuente que el resto de actos abusivos (como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, p.15).

Tomando en cuenta que el abuso va ser cualquier acto antes mencionado, donde no es necesario haya una penetración para suponer que no va tener consecuencias, pues tanto el exhibicionismo, tocamientos, mostrar imágenes o pornografía al menor u observarlo mientras se viste, va afectar significativamente al menor, le hará sentir inseguro y temeroso, no hay por qué minimizar estas acciones, ya que pueden ser el inicio del abuso sexual, además de que las conductas sexuales podrían ser más frecuentes y violentas del agresor, llegando incluso a la penetración, afectando cada vez más la salud física, psicológica y emocional del menor.

El maltrato es considerado como cualquier acción u omisión no accidental que provoca un daño físico y psicológico. Existen varios tipos de maltrato, que abarca desde el físico donde se daña o se agrede físicamente a la víctima, el sexual que se da cuando la víctima se ve obligada a tener contacto físico o sexual con el agresor, así como participar en actividades eróticas que lo humillan y le desagradan; y el psicológico que consisten en actos o conductas que denigran, ofenden o lastiman la dignidad de la víctima.

En lo que se refiere a la edad, algunos especialistas exigen, para considerar la existencia del abuso sexual, que el agresor sea mayor que el menor, con una diferencia de 5 años cuando este tenga menos de doce, y de diez años si supera dicha edad. (Finkelhor, 1979 y López, 1992, como se citó en Echeburúa, y guerricaechevarría, 2000, p.9).

Sin embargo, cualquier tipo de agresión sexual que sufra un menor por el agresor sea adulto, adolescente o incluso por un menor de edad, trae consecuencia grave para la víctima sin importar la edad del agresor. Es decir, algunos podrán condenar más gravemente al agresor si este es mayor que la víctima por 5 años, pero es incongruente pensar así cuando se vive en una sociedad muy violenta donde el abusador podría ser cualquier compañero de la escuela, familiar o amigo mayor, menor o de la misma edad que la víctima.

Por tanto, existen numerosas definiciones de abuso sexual, en la mayoría de ellas como López Félix y del Campo Amaia (s.f) establecen dos criterios para hablar de abuso:

- Coerción. El agresor utiliza la situación de poder que tiene para interactuar sexualmente con el menor.
- Asimetría de edad. Donde el agresor es significativamente mayor que la víctima, no necesariamente mayor de edad.

En ambas situaciones la víctima tiene una desventaja sobre el agresor, no solo de fuerza física, si no de poder hacia el otro, donde el infante puede ser manipulado y abusado sexualmente, incluso acosado después del abuso para seguir siendo chantajeando y calle lo ocurrido.

Donde esta asimetría de edad determina muchas otras asimetrías: asimetría anatómica, asimetría en el desarrollo y especificación del deseo sexual (que no se especifica ni se consolida hasta la adolescencia), asimetría de afectos sexuales (el fenómeno de la atracción en pre púberes tiene menos connotaciones sexuales), asimetría en las habilidades sociales, asimetría en el experiencia sexual Por todo ello, ante una diferencia de edad significativa no se garantiza la verdadera libertad de decisión. Esta asimetría representa en sí misma una coerción (López Félix y del Campo Amaia, s.f, como se citó en Horno Goicochea Pepa, 2001, p.17).

A lo que se refiere, la asimetría puede estar lejos de considerar solo la edad, pues el abusador podría no discriminar edad, ni género, simplemente aprovechar la oportunidad de abusar sexualmente del menor, incluso podría ser el mismo grupo de amigos de la colonia, los compañeros de juego, que si bien el abuso es grave no debería dejarse pasar pues son conductas violentas que podrían seguirse suscitando en el agresor.

Es fundamental no concebir el abuso sexual como una cuestión únicamente concerniente de abuso de poder fruto de esa asimetría, pues una persona tiene poder sobre otra cuando le obliga a realizar algo que ésta no deseaba, como amenaza, la fuerza física, el chantaje, etc. La persona con poder está en una situación de superioridad sobre la víctima, impide a ésta el uso de su libertad, que este “poder” no siempre viene dado por la diferencia de edad, sino por también por otros factores, el abuso sexual entre iguales es una realidad, la cual no debemos menospreciar, que se produce por la existencia de amenazas o porque hay seducción, pero la diferencia de edad puede ser mínima o inexistente. Aun así, se consideraría abuso sexual (Horno Goicochea Pepa, 2001, p.17).

Lo cierto es que la manera como se ve el abuso puede variar entre cada punto de vista de para cada autor, incluso hay controversia tanto en la edad del agresor y la víctima, así como las conductas abusivas para poder considerársele culpable, y que pueda castigársele conforme a la ley.

De acuerdo con Madansky (1996) y Wolfe (1988) “algunos autores incluyen desde el contacto anal, genital y oral hasta el exhibicionismo, el voyerismo o la utilización del niño para la pornografía, como formas de abuso” (como se citó en Echeburúa, y Guerricaechevarria, 2000, p.10). Por otro lado, Hartman y Burgess (1989), afirma que un abuso será “aquellos contactos he interacciones con un niño en los que se utiliza a este para la estimulación sexual del agresor o de otra persona” (como se citó en Echeburúa, y Guerricaechevarria, 2000, p.10).

Los tipos de actividades pedofilias son variadas, bien el exhibicionismo en una plaza, a la salida de un pueblo, de las escuelas, etc., bien actividad homosexual o heterosexualidad que va desde el simple tocamiento (caricias y tocamientos del niño, a petición de masturbación o fellatio) a la violación aceptada más o menos pasivamente y, en fin, a la violación agresiva propiamente dicha o a la sodomía (Ajuriaguerra, 2007, p.949).

Sin embargo, hay que afirmar que el abuso sexual es más común de lo que imaginamos, el problema puede ser que algunos menores de edad tardan mucho en confesarlo y otros nunca lo hacen, la causa de que los menores lo callen pueden ser varias razones, se sienten culpables, temerosos o amenazados o incluso avergonzados de que no les crean, esto sumado a que sus propios padres, cuidadores o tutores pueden ser testigos del tipo de violencia y que nunca lo denuncien.

Vázquez Mezquita y Calle (1997) afirman que “el descubrimiento del abuso suele tener lugar bastante tiempo después (meses o años) de los primeros incidentes (como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.18). De ahí que estas conductas abusivas del menor se sigan suscitando, violentando, humillando y afectando cada vez más al menor víctima de abuso sexual; pues esta preferencia de algunos adultos u adolescentes por los niños(as) como objeto sexual es considerada una pedofilia, la cual no es normal, afecta significativamente al menor, además de que estos abusadores adultos u adolescentes ignoran la anormalidad de su comportamiento y tiene pensamientos erróneos respecto a su preferencia sexual, siendo una amenaza para los niños de ambos sexos, pues aunque algunos abusadores suelen preferir al sexo femenino entre sus víctimas, hay quienes no distinguen género y suelen abusar de niñas como de los niños, conducta que seguirá teniendo el abusador con la víctima y otros menores de edad.

Por otra parte, hay que mencionar que la pedofilia es un trastorno sexual, por lo que, no es una conducta que el agresor dejará de hacer de un día para otro, el cual requiere tratamiento psicológico, así como la protección a la víctima para evitar que siga siendo abusado, pues si no se actúa para proteger al menor, el abuso sexual hacia al menor podría seguirse suscitando.

Así mismo, existen motivos para que un adulto sea un agresor sexual infantil, según Finkelhor (1984), el abuso sexual se produce realmente cuando coinciden una serie de factores:

- Motivación alta para tener conductas sexuales con un menor, lo cual está asociado con frecuencia a la carencia de otras fuentes de gratificación sexual.
- Superación de las inhibiciones internas para cometer el abuso sexual. Los desinhibidores externos (alcohol) o internos (distorsiones cognitivas) contribuyen a conseguir este objetivo.
- Eliminación de las inhibiciones externas, lo cual se consigue por el alejamiento del niño de la madre o de otras figuras protectoras o por la existencia de oportunidades poco frecuentes de estar a solas con el niño.
- Superación de la resistencia del niño, lo cual se logra por medio de la seducción o de otras formas- más o menos sutiles- de presión.

De modo que existen factores que motiven a una persona abusar de un niño(a), también hay factores que favorecen a que un menor sea víctima de violencia como es el abuso sexual, para ello se mencionaran estas características que aumenta la probabilidad de ser más vulnerable y que llevan al menor a sufrir de este abuso, que, al no hablarlo con un familiar de

confianza, podría seguir sufriendo las consecuencias al callarlo, afectándole cada vez más hasta la edad adulta.

Pues bien, existen adultos con características que pueden influir para que se vea motivado para abusar sexualmente de un menor, también el entorno familiar del menor va a influir positivamente o negativamente para ser presa fácil del adulto con estas características, ya que un menor es vulnerable si no cuenta con una familia protectora y amorosa, corre el riesgo de sufrir un abuso sexual o violencia, es decir aquellos niños que no cuentan con los cuidados y apoyo familiar y conviven con personas agresivas o violentas y además son descuidados, pueden aumentar la probabilidad de violencia, siendo vulnerables a ser víctimas sexuales.

Para evitar o prevenir que el abuso sexual ocurra o se siga suscitando a los/las niñas(as) menores de edad, se recomienda estar pendiente de cualquier cambio que exista, y darles la confianza de expresar cualquier incomodidad y temor que ellos tengan, asegurándoles protección y comprensión como padres.

3.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE UN NIÑO VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL

Como se mencionó existen factores que pueden influir que una persona abuse de un menor u otra persona, sin embargo hay que señalar que al hablar de agresores sexuales, por lo regular se refiere principalmente a adultos del sexo masculino, pues si bien no es un factor que determine ser un agresor sexual de un menor, si hay un porcentaje mayor de violencia sexual ejercida por adultos varones, sin embargo hay que señalar que el abuso sexual puede ejercerse por personas adultas u adolescentes de ambos sexos e incluso por individuos menores de 15 años.

Sin embargo, no hay que descartar que también existen características de los menores que pueden propiciar a ser víctimas de abuso sexual, esto debido a la preferencia del agresor, la facilidad u oportunidad que se le presenta al agresor para abusar del menor, además del chantaje que existe a la víctima, para no ser descubierto el agresor y seguir abusando de la víctima en el peor de los casos. De acuerdo a Bringiotti (1999) “se entiende por factores de riesgo a aquellas variables que incrementan la posibilidad de que determinado evento suceda” (como se citó en Baita Sandra y Moreno Paul, s.f, p.32).

De modo que los menores más vulnerables al maltrato y al abuso sexual, son aquellos niños que se desarrollan en ámbitos de violencia y poco apoyo familiar, por ejemplo un niño pequeño al ser agredido físicamente e ignorado por su familia, que vive en un entorno agresivo, carece de afecto y muestras de cariño, sería menos hábil en detectar aquellos acercamientos mal intencionados o formas de afecto falsos de un adulto, permitiendo con ello desde las primeras muestras de abusos, como tocamientos, besos y otras conductas abusivas; los padres ausentes que nunca están para preocuparse por las necesidades de los menores, puede ser otro factor importante que permita que el abusador conviva con el niño, incluso el mismo padre

puede ser el agresor siendo cómplice su madre, o bien algún familiar que pueda abusar del menor sin ser descubierto por la ausencia de sus padres.

Por otro lado, serán también factores de riesgo para aquellos niños y adolescentes que incluso viven en ámbitos menos hostiles, pero con carencias de afecto por parte de la familia o ausencia de los padres biológicos; estos niños y adolescentes al ser alagados por personas externas, quien les presta atención, no perciben el riesgo de los abusadores, a lo que llevara al menor a sentir un fuerte sentimiento de culpa, por creer tener la responsabilidad de las consecuencias de haberlo provocado, sin darse cuenta que son presas fáciles tras la necesidad de afecto, y el vacío de cariño, que no encuentran con sus seres queridos cercanos y familia; o bien en familias disfuncionales donde existen peleas frecuentes y divorcios, con la interrupción de relaciones sexuales entre parejas puede influir como factor de riesgo para los niños. (Pérez y Borrás, s.f, López, 1995).

A lo que Vázquez Mezquita (1995) afirma que “El abandono y rechazo físico y emocional por parte de sus cuidadores les hace vulnerables a la manipulación de los mayores, con ofrecimientos interesados de afecto, atención y recompensas a cambio de sexo y secreto”. (Como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, p.17). El abuso sexual, así como las agresiones físicas al menor puede ir en aumentando cuando el menor guarda silencio y calla, ocultar el abuso que está sufriendo puede traerle peores problemas traumáticos e incluso propiciar que el abuso siga ocurriendo con más frecuencia.

Respecto a las características del propio menor, los niños con mayor riesgo de victimización son aquellos que cuentan con una capacidad reducida para resistirse o revelarlo, como son los que todavía no hablan y los que muestran retrasos del desarrollo y minusvalías físicas y psíquicas. (Madansky, 1996 como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, p.16).

por ello es importante señalar que la falta de información idónea sobre la sexualidad para los menores de edad, así como la misma ocultación de sucesos abusivos, contribuyen al mantenimiento de pensamientos irracionales respecto al abuso sexual de menores, ya que las falsas creencias respecto a la sexualidad, motivan a la frecuencia del abuso infantil, así como que las familias las sigan practicando.

Como ya se mencionó, las niñas son las que tienen un mayor porcentaje como víctimas de un abuso sexual en comparación de los niños ya que es más frecuente que el agresor sea masculino y tenga preferencia por el género femenino, sin embargo, no hay que descartar que los niños también pueden ser víctimas de estos agresores, debido a que algunos agresores sexuales no discriminarían el género y aunque existe un porcentaje menor en niños víctimas de abuso sexual, también no dejan de ser preocupantes estas cifras, sin contar aquellos casos que no son denunciados a pesar de confesarlo el menor y otros que jamás se revelan debido a chantajes del agresor, además del temor, vergüenza del menor a que no les crean o por la menoría de edad que tienen para poderlo expresarlo verbalmente.

Las víctimas de abuso sexual suelen ser más frecuentemente mujeres (59,9%) que hombres (40,1%) y se sitúan en una franja de edad entre 6 y 12 años. Hay un mayor número de niñas en el abuso intrafamiliar (incesto), con una edad de inicio anterior 7-8 años, y un mayor número de niños en el intrafamiliar (pedofilia), con una edad de inicio posterior 11-12 años, (Echeburúa, y guerricaechevarría, 2000, p.13).

La edad no es un factor determinante para que un menor sea libre de sufrir abuso sexual, por ello es importante que padres de familia y parientes cercanos estén al pendiente de aquellos infantes recién nacidos y menores de edad, ya que no pueden expresar verbalmente la agresión, si podemos evitar que el infante sea víctima de un abuso sexual. Finkelhor, (1993) afirma que “las edades de mayor riesgo son las comprendidas entre los 6 y 7 años, y los 10 y 12, por otro, (como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.16).

Si se presta atención a la conducta, físico y marcas que lo pueda manifestar, no solo evitamos agresiones futuras hacia el menor, si no que podemos prevenir otros tipos de violencia hacia los infantes, aun cuando ya haya sido abusado pueden evitarse abusos posteriores y actuar en el tratamiento adecuado del menor; colaborar positivamente al sano desarrollo del infante, y estar al pendiente de él será de gran ayuda para formar un ser humano sano y feliz, evitando la complicidad de la violencia e incluso evitara la muerte del menor como consecuencia de la violación en edades más tempranas.

Diferentes estudios coinciden en señalar la mayor incidencia de agresiones sexuales en niñas de 2-3 años por cada niño, especialmente en los casos de abuso sexual intrafamiliar. Esta asociación puede deberse principalmente al hecho de que la mayoría de los agresores son varones predominantes heterosexuales (Gil, 1997; Vázquez Mezquita y Calle, 1997, como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.16).

Además, aquellas agresiones que ocurren a menores en entornos externos al hogar por personas ajenas, sin que haya dependido por descuidos de los padres, como en el caso de las escuelas y guarderías, son cada vez más frecuentes de lo esperado, por ello es necesario que padres de familia estén al pendiente de las conductas de sus hijos y se preocupen por aquellos cambios anormales, ya que estos agresores pueden estar abusando de los menores y sin sospecharlo.

“De hecho, lo más útil puede ser estar pendientes de los cambios bruscos que tiene lugar en la vida del niño (por ejemplo, no querer ir a un lugar anteriormente atractivo, evitar estar con determinadas personas próximas emocionalmente, rehuir el contacto físico habitual con ellas, etc.” (Echeburúa y Guerricaechevarria, 1999; López, 1995, como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, pp.19-20).

Por otro lado, existen posibles dudas que puede llegar a tener familiares cercanos al menor cuando un niño confiesa haber sufrido abuso por familiares cercanos, sin embargo, hay que saber determinar bajo la experiencia de un menor, que conductas sexuales describe el menor que no podría conocer, a menos de haber sufrido algún tipo de abuso. De acuerdo con Arruabarrena (1995) “los niños no suelen fantasear sobre algo que esta fuera de su campo de experiencias. Por ello cuando un niño describe detalles íntimos y realistas sobre una actividad sexual, no hay justificación para atribuirlo a su imaginación” (Como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, pp. 28-29).

Por otro lado, los menores pueden ser muy vulnerables a las preguntas que pudieran hacerles sobre el abuso sexual que ha sufrido y lo único que ellos necesitan será el apoyo de quienes se lo confiesan, ser conscientes del dolor, vergüenza y miedo que pudieran sentir en ese

momento, y apoyarlos, beneficiara a poder sobrellevar todo el proceso legal y demás consecuencias que implica haber confesado el abuso del cual fue víctima.

Como ya se mencionó, también es posible identificar algunos factores de riesgo como prevención del abuso sexual infantil asociados a los niños y niñas víctimas a lo que Echeburúa y Guerricaechevarria (2000) aportan la siguiente información:

- La edad, a menor edad, es más fácil que el niño pueda ser involucrado por el adulto en conductas sexuales que no comprende, muchas veces a través de juegos. Por otro lado, su dependencia respecto de los adultos es mayor, no solo en el plano emocional sino también físico, situación que aumenta su vulnerabilidad. Algunas investigaciones han determinado que hay dos franjas etarias de mayor riesgo para el abuso sexual: entre los seis y los siete años y entre los diez y los doce; esta última posiblemente porque comienza a advertirse el incipiente desarrollo de características sexuales. No obstante, debe tenerse presente que se registran casos de bebés de un año o incluso más pequeños que han sido víctimas de abuso sexual; es decir, también se cometen abusos sexuales contra niños y niñas de menos de seis años, así como contra púberes y adolescentes mayores de 12 años.
- Que el niño presente alguna discapacidad física o mental, lo que lo coloca en una situación de mayor vulnerabilidad a ser abusado sexualmente, ya sea por sus limitaciones físicas para moverse, escapar o defenderse, ya sea por una aún menor comprensión de las conductas en las cuales está siendo involucrado. Por añadidura, los niños con discapacidades que son víctimas de así tienen mayores dificultades para comunicar lo que les está sucediendo, y cuando logran hacerlo tienen mayores probabilidades de que sus relatos no sean considerados creíbles o válidos.
- Que el niño o niña ya haya sido víctima de abuso sexual (Por ejemplo, una niña es abusada sexualmente por su padre, y es alojada en una institución en la cual también es víctima de abuso sexual por un cuidador).
- Ser niña, las estadísticas a escala mundial dan cuenta de que la prevalencia de así sobre niñas es mayor que sobre varones (algunas estadísticas hablan de dos a tres niñas por cada varón, y otras de cinco niñas por cada varón). Pese a esta mayor prevalencia, en ningún momento debe olvidarse que los varones también son víctimas.

Estos factores pueden ser importantes a la hora de poder tomar la decisión de encargar a los menores con personas ajenas, familiares o dejar al cuidado a la pareja de algunos de los padres para convivir libremente con los hijos; cualquier niño que sufra cualquier tipo de abuso marcara significativamente su vida de forma negativa, sin importar la edad para recordarlo, las consecuencias podrán estar presentes incluso en edades posteriores.

Hay que recordar que no todos los menores tienen el valor de confiar un abuso sexual, incluso pueden pasar años después del abuso, sin que el menor sea capaz de contar del abuso que fue víctima. A lo que, Echeburúa y Guerricaechevarria (2000), afirma que “en general, los menores son más propensos a negar experiencias que les han ocurrido y que son percibidas como traumáticas, que hacer afirmaciones falsas sobre ese tipo de acontecimientos” (p.29).

Por otro lado, “La entrevista permite detectar los indicadores significativos relacionados con la existencia de abusos sexuales y determinar si las respuestas emitidas por el niño- emocional, conductuales o físicas- coinciden con aquellos síntomas comúnmente considerados como

efectos del abuso sexual” (Cantón y Cortes,1997; Berliner y Conté, 1993; Echeburúa y Guerricaechevarria,1998, como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, pp. 30-31).

Pero la mejor manera de prevenir el abuso sexual es evitando cualquier factor de riesgo para el menor, desarrollar una relación de confianza para que pueda hablar de todo aquello que le haga sentir mal o incómodo, así como de la voluntad para decidir sobre su `propio cuerpo, a quien saludar de beso o no, es la forma más común como puede enseñárseles a respetar su cuerpo y decidir sobre él.

Si bien esto no quiere decir que aquellos que cumplan con algunos factores, por ejemplo (ser niña) serán abusados, pero si puede determinar como factores importantes para ser más vulnerables y propensos de un abuso sexual, sin embargo también es importante contar con la información adecuada sobre la sexualidad dependiendo de cada edad, conocer las partes de nuestro cuerpo, respetarlo, aprender sus nombres adecuados, y saber dar un alto o comunicar aquellas situaciones que puedan generar incomodidad. Finkelhor y Asdigian (1996) “El hecho de que un niño se encuentre en una situación de alto riesgo significa simplemente que tiene una mayor probabilidad de sufrir abusos sexuales” (como se citó en Enrique Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.16).

Por ello, la importancia de ayudar a nuestros menores a prevenir de cualquier abuso, por ejemplo evitar aquellas conductas o acciones que influyan para ponerse en una situación de riesgo evitando ser vulnerables a cualquier abuso, obligar a los niño a acercarse o saludar de beso a un adulto cuando no lo desea, obligar a un niño a quedarse solo con determinada persona o familiar cuando se niega y encargar a los hijos con familiares sin supervisión de los padres; son algunas de las conductas que propician el abuso a menores, para ello es necesario darle la confianza al menor para exprese lo que no le agrada día a día en la escuela o en casa, para motivarlo a compartir y confiar en sus padres.

A. Friedman (s.f) subraya, en su estudio el 12% de las víctimas de atentado contra el pudor tienen menos de 7 años, el 16% están en el periodo de latencia sexual (Edad escolar), el 50 % en la pubertad y el resto en la adolescencia. La tasa relativamente baja para el adolescente se explica por el porcentaje de matrimonios contraídos prematuramente, que ocultan un gran número de violaciones y de ultrajes a las costumbres. (Ajuriaguerra, 2007, p.949).

El abuso sexual va a ser agresiones contra la integridad e intimidad de menor, estas conductas abusivas pueden influir también de la edad del agresor, por ejemplo, en caso de los abusadores adolescentes la menoría de edad de su víctima implica actitudes sexuales amorfas es decir no hay una preferencia sexual fija, tanto niños como niñas pueden ser víctimas.

M. Shoor (s.f) “los intentos de penetración vaginal son raros; son más frecuentes el fellatio, la sodomía o las caricias generales del cuerpo. En los viejos, es más corriente las carisias y el exhibicionismo” (como se citó en Ajuriaguerra, 2007, p.949).

En las familias disfuncionales donde existe un alto índice de agresión, es más común que existan abusos contra los menores de edad, especialmente donde el abusador no reconoce la conducta abusiva como anormal, lo que tendrá ideas irracionales respecto a su agresión y preferencia sexual, considerándolo como normal o simplemente se sentirá con derecho de

abusar del menor, lo cual es común en familias donde las propias madres son cómplices o víctimas del maltrato familiar.

De acuerdo a Ajuriaguerra (2007) “vemos que, en la mayor parte de los padres, los malos tratos no van acompañados de culpabilidad por que se sienten en su derecho, pero en algunos las reacciones de agresividad pueden ir acompañadas con un cierto desconcierto y sentimiento de falta” (p.944). Así mismo de acuerdo con N. Lukianowicz (s.f) “la madre no intenta disimular su hostilidad y odio hacia el niño” (p.944).

El abuso sexual infantil no solo impide que el menor se desarrolle en un ambiente sano, ya que todo ello le impedirá sentirse seguro después de un suceso traumático, pues en vez de que el menor pueda sentirse protegido por su madre o cuidadora, se sentirá deprimido, agredido y humillado, lo que le impedirá que el menor pueda desarrollarse adecuadamente, además de no poder superar este suceso, pues sin apoyo de sus padres quien se preocupen porque lleve un tratamiento psicoterapéutico adecuado y que supere la agresividad de la cual fue víctima, podría propiciar futuros abusos y agresiones, además de un desarrollo poco óptimo para el menor.

La edad del padre en estas clases de relaciones oscila entre los 30 y 45 años y la edad de comienzo de las relaciones incestuosas en la hija está comprendida entre los 5 y los 14 años aproximadamente. La mayoría de las veces, el padre escoge la hija mayor como primera pareja, pero más tarde puede continuar con otras hijas más jóvenes (Ajuriaguerra, 2007, p.952).

“H. Callin, observa que el 40% de los casos hubo relación incestuosa con más de una hija. La duración de las relaciones es variable oscilando entre los 4 meses y 12 años, siendo la medida de 8 años” (como se citó en Ajuriaguerra, 2007, p. 952). Con ello, cabe mencionar la importancia que tiene el descubrir los abusos sexuales desde el inicio, porque pueden evitarse que estas agresiones se sigan suscitando, pero sobre todo es fundamental prevenir cualquier tipo de abuso a los menores; no es necesario experimentar las consecuencias más graves de los niños que sufren un abuso, para tomar las medidas pertinentes, pues solo logrando frenar el abuso desde el inicio, permitiendo ayudar al menor a la brevedad y evitar que sigan ocurriendo estas conductas abusivas; evita que el menor siga siendo abusado sexualmente y agredido, de ahí la urgencia de conocer las consecuencias que el abuso sexual conlleva y tomar las precauciones necesarias, pues solo hablar del tema con nuestros hijos y seres queridos puede evitar que sean víctimas de abuso sexual infantil o que incluso callen este tipo de violencia, la cual podrían estar viviendo algún familiar cercano.

3.3 ¿CUÁLES SON LAS CONSECUENCIAS EN LA SALUD DEL NIÑO?

El abuso sexual infantil es un problema real que se está suscitando en la sociedad y que afecta significativamente a la población infantil, la mejor forma de combatirlo es a través la prevención, que puede ir a partir del cuidado y atención adecuado que se brinde a los menores de edad; así como la confianza que pueda dárseles, el cuidado que les inculca sobre su propio

cuerpo y su persona, aunque cabe recalcar que aun así hay abusos que pudieron haber ocurrido en instituciones por parte de sus maestros, sin embargo podemos evitar que este abuso llegue a sus últimas consecuencias si conocemos a nuestros menores y nos percatamos de los cambios que puede llegar a tener un(a) niño(a) víctima de abuso sexual, pues incluso podría evitarse problemas futuros, por ejemplo existen niños que sufrieron un abuso sexual y que en edades futuras sufren las consecuencias, debido a la carencia de un tratamiento psicológico adecuado y eficaz.

Por otro lado, cabe mencionar que existen distintas ideas erróneas, incluso prejuicios al pensar que las agresiones sexuales en infantes no va a tener ninguna consecuencia, ya que hay quienes creen que son demasiado pequeños para recordar lo ocurrido, o bien se cree que el menor al ignorar el tema de la sexualidad podrá pasarlo al olvido sin problema, sin embargo no debemos olvidar que cada una de las vivencias del menor le ayudaran o no, a desarrollarse adecuadamente, a formar su personalidad, es por ello, la importancia que tiene conocer a nuestros hijos y saber cómo puede verse afectado por este tipo de agresiones, y en caso de sufrir un abuso conocer cuál es el tratamiento psicológico adecuado a sus necesidades, además de comprender cómo se siente y ser empáticos; pues aunque no siempre los niños expresan sus emociones o pensamientos y pareciera que el abuso no le repercute en su salud psicológica y emocional, pueden estar manifestándolo con distintos síntomas somáticos que le impedirán desarrollarse sanamente.

El abuso sexual es una experiencia traumática, sin embargo la forma como afecta a la víctima influirá en la frecuencia que se puede suscitar el abuso, que puede llegar a afectar gravemente a la víctima sobre todo si existe violencia física, como golpes y quemaduras; las consecuencias que puede llegar a manifestar pueden variar además si se trata de un abuso, como el exhibicionismo, tocamientos o vigilar al menor mientras se bañaba, etc., o si además hubo penetración, considerado ya una violación; pues la mayoría de abusos va en progreso, iniciando con tocamientos hasta la violación, afectando cada vez más a la víctima.

No cabe duda que evitar culpar al menor del abuso al que fue víctima, puede ayudarlo a sobrellevar mejor la agresión; pues apoyarlos para no cubrir la situación por muy doloroso que esto parezca evita que siga siendo víctima de abuso sexual, creer en lo que confiesan y no obligar a que conviva con el agresor, son una de las acciones que benefician significativamente a los menores que fueron agredidos sexualmente, pues solo evitando ser cómplices del abuso y de la violencia nos hará crecer como sociedad; ya que ser conscientes de las consecuencias emocionales, físicas, conductuales y psicológicas del menor, podría influir en la toma de decisiones sobre el cuidado que hay que tenerseles y la responsabilidad que implica ser padres.

Sin embargo, la problemática ante un abuso sexual infantil, va en aumento sin discriminar a niños o a niñas, lo que implica un peligro para los niños(as) en edades cada vez más tempranas, que pueden desencadenar en distintas complicaciones psicológicas, físicas y emocionales durante el desarrollo del menor. Además de las consecuencias emocionales que existen, hay daños físicos, que se sufren tras la agresión de un abuso sexual, pues al tratarse de un infante, no existe una maduración física, lo que puede dañar sus órganos sexuales como

ano y vagina, sin contar con las posibles infecciones y enfermedades de las que puede ser contagiado tras la agresión sexual.

Si bien, las consecuencias de un abuso sexual pueden ser distintas en cada niño o adulto, hay que señalar que pesan más en el menor cuando las agresiones o abuso son por parte de familiares cercanos de la víctima o en efecto es el propio padre, pues si bien el padre representa una figura importante para el menor, también es símbolo de protección y seguridad.

Al hablar de los factores que modulan el impacto de la agresión sexual, se debe distinguir, al menos, tres grupos de variables: el perfil individual de la víctima, en cuanto a edad, sexo y contexto familiar; las características del acto abusivo, (frecuencia, severidad, existencia de violencia o de amenazas, cronicidad, etc.) y la relación existente con el abusador, y, por último, las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso. (Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.51)

De acuerdo a Sorense y Snow (1991), El niño sufre las consecuencias durante el abuso sexual suscitado, pero no termina con su descubrimiento, pues lleva un proceso difícil el cual lleva 4 sucesos progresivos:

- Fase de negación
- Fase de revelación, inicia con mediante un reconociendo vago, al final, mediante la admisión explícita de la actividad sexual abusiva
- Fase de retracción: donde puede retractarse de lo sucedido, decir lo contrario por presión familiar o por la percepción del alcance de los hechos.
- Fase de reafirmación: tras un tiempo, el menor reafirma el abuso experimentado por el agresor.

Las consecuencias emocionales o psicológicas no son las únicas que puede sufrir un menor víctima de la agresión sexual, pues va más allá, es una violación a su intimidad, confianza y seguridad, además de las consecuencias físicas que pueden ser también preocupantes, pues al tratarse de una violación, por la desproporción del cuerpo del menor con el agresor puede ser lastimado gravemente durante el abuso sexual.

La penetración, cuando tienen lugar a niños muy pequeños, suele resultar traumática por la desproporción anatómica de los genitales del adulto y del menor y producir lesiones en los genitales o en el ano de la víctima: erosiones, heridas, desgarros himenales, etc. (Echevarría y Guerricaechevarria, 2000, p.15).

Para poderse evitar las agresiones sexuales en los menores y en la misma familia, podría empezarse por inculcar y formar a familias funcionales, donde los padres de ambos sexos tengan los mismos derechos y obligaciones para tomar decisiones en la educación del menor, con la madurez y responsabilidad que implica ser padres, libre de ignorancia respecto a la sexualidad y el machismo que caracteriza aun a algunas familias.

Sanmartín (1999), sostiene que la consideración de la familia como un recinto privado, alimentado por la ideología de que la mujer es propiedad del marido y los hijos patrimonio de los padres, es un obstáculo añadido para la detección de cualquier tipo de maltrato a los niños y para la adopción de las medidas correctoras necesarias (como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.2).

Por ello la importancia de la comunicación familiar, libre de violencia, pues en familias disfuncionales impide el sano desarrollo y crecimiento de los niños; la comunicación con los

menores es primordial, pues de acuerdo a su edad es necesario hablarles a los niño(as) sobre su sexualidad, a que aprendan a identificar las partes de su cuerpo, a ser libres sobre sus decisiones, inculcando el respeto a su cuerpo, así como a la confianza que los padres pueden brindarle, para que el menor sea capaz de impedir o expresar cualquier conducta hacia su persona que le haga sentir incómodo. De acuerdo con Finkelhor (1999) “En cualquier caso, la manera en que los niños responden ante la victimización depende de su vulnerabilidad y de las capacidades específicas que representan en su ciclo evolutivo” (como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, p. 2).

La incapacidad del menor de comunicar el abuso sexual que sufre a un familiar cercano, le genera estar en situación de vulnerabilidad y peligro, donde puede continuar siendo abusado y que las conductas del abusador sigan aumentando incluso en casos donde el abusador es el mismo padre o un familiar cercano. Por ello debe procurarse el sano desarrollo del menor, guiarlo a su sano crecimiento, y darle las herramientas para ser autónomo, seguro y que, ante un abuso sexual evitar ser victimizado con preguntas que le hagan dudar de su testimonio, pues recordemos que para un menor de edad resulta incómodo o incluso traumatizante revivir el abuso tras el cuestionario de lo sucedido.

“En concreto, la sugestionabilidad es tanto mayor cuando menos recuerda el niño, cuando menos generales y más dirigidas sean las preguntas y cuando menor se la implicación emocional del niño en los hechos referidos” (Goodman y Schwartz- Kenney, 1992, como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, p.29).

Hay que tomar en cuenta que cualquier menor que haya sido abusado sexualmente necesita de atención psicológica, ya que el vivir una experiencia traumatizante puede ser reprimida, sin que este sea resuelto, lo cual, le afectara incluso a la edad adulta. Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) “al menos en una gran parte de los casos, el mero paso del tiempo no implica la resolución del trauma, si no el tránsito de un tipo de sintomatología a otra, en función al momento evolutivo en que se realiza la evaluación” (p.47).

Por tanto, al hablar de los factores que modulan el impacto de la agresión sexual, se debe distinguir, al menos, tres grupos de variables: el perfil individual de la víctima, en cuanto a edad, sexo y contexto familiar; las características del acto abusivo, (frecuencia, severidad, existencia de violencia o de amenazas, cronicidad, etc.) y la relación existente con el abusador, y, por último, las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso. (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, p.51)

La frecuencia de la agresión sexual y la violencia física, van a ser algunas de los factores que más impacten significativamente en el menor y agraven su salud, después de haber sido víctima de abuso sexual, la convivencia familiar será lo que le motivara al menor a seguir adelante y superar su trauma o por el contrario será la propia familia quien lo desmotive y hunda en una depresión u otros problemas psicológicos que afectaran su vida personal y social.

Por añadidura [...] La gravedad de las secuelas está en función de la frecuencia y duración de la experiencia, así como el empleo de fuerza y de amenazas o de la existencia de una violación propiamente dicha (penetración vaginal, anal o bucal). De este modo, cuanto más crónico e intenso es el abuso, mayor

es el desarrollo de un sentimiento de indefensión y de vulnerabilidad y más probable resulta la aparición de síntomas (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, p.53)

Cabe recalcar que las consecuencias tras un abuso sexual infantil, pueden ser muy variados en sus víctimas, pues puede verse afectar a nivel emocional, física y conductualmente; aunque varía con cada individuo, también influye las consecuencias si se trata de un abuso reciente o en el pasado, es decir a largo y corto plazo, dependiendo así mismo de su entorno, de la frecuencia de la agresión, de su agresor y de la edad de la víctima. Glaser, (s.f) “[...] las secuelas a corto plazo abarcan desde confusión y ansiedad; culpa, angustia y depresión; sexualidad inapropiada (suele sexualizar sus relaciones); dependencia emocional, posiciones prematuramente adultas” (como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, p.172).

Por otro lado, con Horno Goicochea Pepa (2001) en la Asociación “Save the children” se menciona que, entre las consecuencias a corto plazo, conviene recalcar un fenómeno importante: el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil, que tiene un paralelismo con el síndrome de Estocolmo y que incluye cinco fases:

- Impotencia. Los niños víctimas de abuso sexual generan un fenómeno de indefensión aprendida, puesto que sus intentos por evitar el abuso resultan vanos. Poco a poco dejaron de intentarlo siquiera.
- Mantenimiento del secreto. La manipulación y la amenaza a la que son sometidos les obliga mantener, sobre todo, en los casos de abuso intrafamiliar una doble vida para mantener el secreto y evitar la revelación.
- Entrampamiento y acomodación. Si el abuso se prolonga en el tiempo, el niño poco a poco ira asumiendo el papel de pareja del agresor.
- Revelación espontánea o forzada. Cuando se llega a revelación, suele ocurrir con un igual, pudiéndose producirse bien de manera espontánea o bien forzada por un adulto al valorar los indicios.
- Retracción. Si no hay una intervención efectiva, incluso habiéndola, la retracción es frecuente, por culpa, vergüenza o miedo.

De acuerdo con Horno Goicochea Pepa (2001), posteriormente, las consecuencias asociadas al abuso sexual tienen que ver igualmente con el Síndrome de Estrés Posttraumático. Es importante recordar que algunos niños pueden vivir un abuso sexual y permanecer asintomáticos, es decir, no mostrar signo alguno de trauma.

El motivo puede ser desde la propia vivencia del niño (que, según su edad y la ejecución del abuso, puede no percibirlo como una agresión) a un fenómeno de bloqueo pasajero. Por eso, es fundamental hacer seguimiento a los niños víctimas de abuso sexual, presenten o no una sintomatología.

Pribor y Dinwiddie (s.f) afirman que las secuelas a largo plazo van desde “altas tasas de trastorno de ansiedad (ataque de pánico, agorafobia, síndrome de estrés posttraumático, y fobias,) depresión y [en adolescente y adultos] abuso de alcohol” (como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, p172).

Así mismo, existen consecuencias a largo plazo en las que se pueden clasificar en:

- físicas: como trastornos psicosomáticos, alteraciones del sueño, pesadillas constantes y desórdenes en la alimentación;
- conductuales: hostilidad, bajo rendimiento académico.
- emocionales: depresión, ansiedad, baja autoestima, dificultades para expresar sus emociones.
- sexuales: conocimiento sexual precoz e inapropiado a su edad, masturbación compulsiva incluso problemas de identidad sexual.

La importancia de que un menor víctima de agresión sexual lleve un tratamiento psicoterapéutico adecuado, es para que pueda superar esta experiencia traumática y poder recuperar su vida de forma normal, pues, aunque esta experiencia nunca se olvide, solo con el tratamiento adecuado el infante puede percibir su vida de forma diferente, fortalecerse y salir adelante.

Los síntomas y conductas negativas que presenta un niño, son el reflejo de la violencia y abuso que vivió o está viviendo, es el medio por el cual se expresa el menor para proyectar el problema, importante de identificar para que familiares y amigos cercanos del menor empiecen a sospechar de que algo no anda bien con él y poder ayudarlo, de lo contrario se harán más evidentes las consecuencias del abuso sexual, afectando significativamente en la vida de la víctima, somatizando todo el sufrimiento de diferentes maneras y afectando significativamente su desarrollo.

Las consecuencias que puede proyectar un menor que ha sido víctima de abuso sexual, puede manifestarse con diferentes problemas psicológicos, emocionales y conductuales, así como su forma de relacionarse con los demás, su físicos o semblante cambia, así como su sexualidad.

3.4 PROBLEMAS EMOCIONALES

El abuso sexual infantil tiene distintas consecuencias, que afectan al menor psicológicamente a través de diferentes trastornos mentales (depresión, ansiedad, estrés postraumático) y emocionales (baja autoestima, temor) entre otros, problemas que perjudicaran su vida personal, familiar, escolar y social. De acuerdo a Vázquez Mezquita y Calle (1997) “ni todos los abusos son iguales ni afectan de la misma manera a la integridad psicológica de la víctima” (como se citó en Echeburúa, y Guerricaechevarria, s.f, p.14).

Por otro lado, “en la gran mayoría de los casos, el abuso sexual constituye una experiencia traumática que repercute negativamente en el estado psicológico de la víctima, es más si no recibe un tratamiento psicológico adecuado, su malestar suele continuar incluso en la edad adulta” (Jumper, 1995, p.45)

Por ello, es importante la atención psicológica para sanar aquellas heridas emocionales que deja una agresión sexual, pues solo con una valoración se logra saber cómo afecta al menor en su entorno familiar, escolar y social, así como la relación con el agresor en caso de tratarse de algunos de sus padres, hermanos o familiares cercanos, ya que dependiendo de la relación o cercanía que pudiera tener o no con el agresor, es cómo influye significativamente su afectación emocional, y solo el tratamiento psicoterapéutico adecuado le beneficiará para sentirse más tranquilo, menos ansioso y poder perdonar al agresor, lo cual perdonar no implica que conviva con el como si nada hubiera ocurrido, si no por beneficio del niño, su salud y bienestar del menor, dejara de sentir resentimiento, pues será parte de su sanación y maduración personal, para continuar su desarrollo de forma sana y segura.

El mayor o menor impacto emocional va a estar, a su vez agravado o aliviado por una serie de factores mediadores, que van a ser responsables, en buena medida, de las diferencias individuales que se observan en las distintas víctimas en relación con las secuelas del suceso, (Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.41)

Los prejuicios sobre la afectación de un abuso sexual, sobre todo cuando lo sufren niños muy pequeños son muy comunes, pues se piensa que no tienen el conocimiento suficiente para saber lo que es un acto sexual, lo cual no les afectara, o bien se cree que lo olvidaran fácilmente, ignorando que cualquier acto abusivo repercute significativamente en el desarrollo sano del infante, manifestándolo con diferentes problemas somáticos y/o emocionales que se manifestaran de distintas maneras.

Finkelhor, (1986) y López, (1992) afirman, que “Solamente un 20-30 % de las victimas permanecen estables emocionalmente después de la agresión” (como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.45). Por otro lado, Echeburúa y Guerricaechevarria (2000) sugiere que “entre el 17 y 40% sufren cuadros clínicos establecidos, y el resto experimenta síntomas de uno u otro tipo” (p.45).

Cualquier forma que pueda manifestarse la agresión sexual en el infante, repercute su salud física, psicológica, emocional y sexual, marcando su desarrollo y personalidad, así como su vida social y personal, incluso en edades futuras.

Según un estudio [...] las victimas adultas de abuso sexual en la infancia presentan un perfil psicopatológico similar al de las víctimas no recientes de violación en la vida adulta, sin que haya diferencias en el trastorno de estrés postraumático crónico ni en el resto de las variables psicopatológicas estudiadas (ansiedad, miedos, depresión e inadaptación. (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1997, como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.47).

Echeburúa y Guerricaechevarria (2000) afirma que “El alcance de las consecuencias va a depender del grado del sentimiento de culpa y de la victimización del niño por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima” (p.45). Por lo que, la atención psicoterapéutica es importante para aquellos niños víctimas del abuso sexual, pues solo el terapeuta podría a través de las intervenciones a ayudar al menor a calmar sentimiento negativos respecto al abuso, como culpa, enojo y vergüenza, incluso le resultaría benéfico para comprender que el placer que pudo haber sentido ante el abuso sexual, era respuesta fisiológica de su cuerpo y no de forma consiente, donde se le hace ver que la única

responsabilidad es del agresor y no es el menor el que debe cargar con la culpa de la agresión que sufrió.

Respecto a la edad, los niños muy pequeños (en la etapa preescolar), al contar con un repertorio limitado de recursos psicológicos, pueden mostrar estrategias de negación y disociación. En los niños un poco mayores (en la fase de escolarización) son más frecuentes los sentimientos de culpa y de vergüenza ante el suceso. (Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.46).

Ante un abuso sexual puede haber resistencia del menor a hablar del abuso sufrido, que puede hacer recordar y experimentar sentimientos de vergüenza, enojo y temor, Sin embargo, existen distintas pruebas psicológicas, adecuadas para proyectar el abuso en niños muy pequeños, permitiéndonos expresar de su inconsciente la forma de percibir el abuso sexual. Las pruebas psicológicas no solo resultan útiles para proyectar las relaciones familiares, sino que también es útil para proyección del menor respecto al agresor, como visualiza la situación de vulnerabilidad, por ejemplo, quedarse mucho tiempo a solas con el agresor o vivir en un ambiente hostil.

Lo que sí ha mostrado tener importancia en el impacto psicológico de la víctima ha sido el funcionamiento de la familia: un ambiente familiar disfuncional, caracterizado por la conflictividad y la falta de cohesión, puede aumentar la vulnerabilidad del niño a la continuidad del abuso y a las secuelas psicológicas derivadas del mismo (Cortés y Cantón, 1997, como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.52-53).

Por lo que, algunos autores han opinado que también la afectación del menor ante el abuso sexual no solo dependerá del género del menor, siendo algunas niñas con más problemas psicológicos y emocionales específicos en su género y niños con más problemas conductuales. Echeburúa y Guerricaechevarria, (2000) afirma que “en general, las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas; los niños fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización” (p.45-46).

Con ello no quiere decir que siempre sea así, sin embargo, hay más probabilidades dependiendo del género de sufrir algunos problemas psicológicos, emocionales o conductuales, lo cual, tanto niñas como niños que sufren un abuso sexual pueden padecer consecuencias a nivel psicológico, emocional y conductual, afectando su desarrollo y poniendo en riesgo su salud e integridad. Echeburúa y Guerricaechevarria (2000) “en concreto, los niños tienden a utilizar la disociación o la negación de la experiencia como mecanismos inapropiados de superación” (p.67).

Por otro lado, se sugiere que, mediante la disociación, las emociones se separan de la cognición de lo ocurrido: el niño no niega la agresión, pero se muestra incapaz de sentir malestar o, en todo caso, lo atribuye a una causa distinta. Si el abuso es crónico, esto puede generalizarse a otras situaciones e interferir de forma progresiva negativamente en la evolución normal del menor (Vázquez Mezquita, 1995 en Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.67).

Un niño víctima de abuso sexual no solo puede manifestar malestar ante un abuso sexual, incluso puede presentar consecuencias emocionales y psicológicas importantes ante una agresión sexual, si bien no definiremos todas, es necesario mencionarlas para su detección en niños menores:

- La agresión y hostilidad hacia sus padres, compañeros o al mismo agresor
- Aislamiento de familiares y amigos
- Ansiedad
- Depresión
- Baja autoestima
- Rechazo a su propio cuerpo
- Desconfianza o rencor hacia los adultos
- Trastorno de estrés postraumático
- Dificultades para expresar sentimientos
- Asco, que aparece de forma recurrente
- Culpa
- Miedo generalizado
- Vergüenza de hablar sobre lo ocurrido

Ante los sentimientos de miedo, es necesario comprender al menor y permitirles sentirlo, pues es normal que ante una situación de riesgo el menor reaccionara de esa manera, que pueda expresarlo y comunicarlo, pues es el paso para ayudarlo a sentirse seguro, cuando no está en una situación de riesgo.

En cuanto a los sentimientos de culpa, se transita devolviendo la responsabilidad a quien la tenía (el agresor), comprenderlo, no solo ayudara al menor a calmar el sentimiento de culpa, sino que además se perciba como alguien bondadoso, que si cayó la situación fue para evitar problemas y dolor a sus seres queridos.

Con el transcurrir del tiempo, el trauma en cuestión suele quedar en el olvido, enterrado en el inconsciente; sin embargo, tarde o temprano, siempre termina por filtrarse a través de pesadillas, recuerdos difusos o generando los más variados síntomas. Bajo rendimiento en el colegio, adicciones, anorexia, bulimia, depresiones, disfunciones sexuales, temores inexplicables, ataques de pánico y muchísimos otros síntomas que suelen quitarles [...] no solo la alegría de vivir si no la voluntad para desarrollarse plenamente en la sociedad (Cecilia López María,2010, p.24).

Podrían mencionarse todos los problemas que causa una agresión sexual, sin embargo, son muchas las maneras que podría manifestar un menor este trauma, por ello, es importante definir los más comunes e importantes, aquellas consecuencias que afecta la adaptación del menor, problemas psicológicos y emocionales que podrían poner en riesgo la vida del niño, como la depresión, ansiedad y otros trastornos que comprometen la integridad y seguridad del menor, con ello además de poder descubrir el abuso que sufre, se puede actuar para apoyarlo y brindársele la ayuda terapéutica necesaria.

3.4.1 Trastorno depresivo

Entre las consecuencias más graves que puede manifestar un niño víctima de abuso sexual, suele considerarse el trastorno depresivo, por poner en riesgo la propia integridad y vida del menor, además de afectar su rendimiento académico, su vida familiar y sus relaciones

interpersonales, por ello se consideran sobrevivientes, ya que existen menores que pueden atender contra su vida después de sufrir una agresión sexual, lo cual sobreviven a una experiencia traumática, y de no ser tratada adecuadamente pone en riesgo su propia seguridad. Cuadros Ferre Isabel, Ordoñez Vera Martha (2006) afirma que “[...] La depresión es la enfermedad mental más común en todos los casos de maltrato infantil y debe diagnosticarse adecuadamente y tratarse antes de que afecte todas las áreas de la vida del niño, incluida la escolaridad” (p.120).

Si bien una de las cosas que más pesa en el menor que sufre un abuso sexual es el sentimiento de culpa y no creerles. con ello se refuerzan las emociones negativas que podrían originar en sentimientos depresivos, pues la manera en que lleve su tratamiento acompañado por apoyado por sus familiares, será lo que le motivara al menor a superarlo, junto con el amor y cariño que puedan brindarle, para lograr levantar su autoestima y no dejarles solo con su dolor y sufrimiento.

Cabe recalcar, que el menor no siempre manifiesta la depresión con tristeza o llanto, puede observarse un desinterés en el juego, la escuela manifestando fracaso escolar, así como desinterés por socializar y convivir con los demás, acompañado de pérdida importante de apetito y el sueño, o por el contrario notarse con sueño y molestia frecuente, incluso presentar ideas suicidas, que podría ya a ver manifestado con intentos de suicidio.

Para asegurarse si el menor realmente sufre de un trastorno depresivo o solo presenta los síntomas depresivos como consecuencia de una experiencia traumática, el especialista en la salud mental podrá evaluará y confirmar su diagnóstico basándose en el CIE 10 y DSM V.

Cuadro 1 Criterios del CIE10 diagnóstico del trastorno depresivo:

Por lo general, el enfermo que la padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución en de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y aun cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sobria del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño
- g) La pérdida de apetito.

Por otro lado, en el DSM V, se señala las características esenciales, así como frecuencias de los síntomas para el diagnóstico del trastorno depresivo.

Cuadro 1.1 Criterios del DSM V para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante las mismas 2 semanas y representan un cambio con el funcionamiento anterior: al menos uno de los síntomas es:

- (1) estado de ánimo deprimido o
- (2) pérdida de interés o placer.

Nota: No incluye síntomas que sean claramente atribuibles a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido, la mayor parte del día, casi todos los días, como lo indica cualquiera del informe (por ejemplo, se siente triste, vacío, desesperanzado) se observan por otros (por ejemplo, parecen lágrimas). (Nota: En niños y adolescentes, puede estar irritable en su estado de ánimo.)
2. Disminución notable del interés o el placer en todas, o casi todas, actividades la mayoría o casi todos los días (como se indica en el relato subjetivo u observación).
3. Pérdida de peso significativa cuando no se hace dieta o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más de 5% del peso corporal en un mes), o disminuir o aumentar el apetito casi todos los días.

(En los niños, considere la posibilidad de no haber un aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación psicomotora o retraso casi todos los días
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no sólo auto-reproche o culpa de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea por cuenta subjetiva o según lo observado por otros).
9. Pensamientos recurrentes de la muerte (no sólo el miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas causan angustia o deterioro clínicamente significativo en las redes sociales, u otras áreas importantes de funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra dolencia.

Los criterios A-C representan un episodio depresivo importante.

Respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, duelo, ruina financiera, pérdidas una enfermedad médica grave o una discapacidad) pueden incluir los sentimientos de tristeza intensa, rumiación sobre la pérdida, el insomnio, falta de apetito y la pérdida de peso observada en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o se considera apropiado para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo

importante en respuesta normal a una pérdida significativa también debe ser cuidadosamente considerado.

Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de la angustia en el contexto de la pérdida.

D. La ocurrencia del episodio depresivo mayor no se explica mejor por esquizofrenia, trastorno esquizofrénico, trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado y no especificado y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomanía.

Esta exclusión no se aplica si todos los episodios maníacos o hipomaníacos inducidas por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otro Condición.

Asociación Americana de Psiquiatría, (2013). Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Por otro lado cabe recalcar que ante un abuso sexual, la depresión, la ansiedad y el estrés postraumático son las consecuencias emocionales más frecuentes que el menor puede presentar, manifestándolo de distintas maneras, afectando su vida personal, familiar y social como puede ser: desinterés en actividades que anteriormente disfrutaba hacer, aislamiento, problemas familiares, pérdida de energía, manifestando sentimientos de culpa por lo ocurrido, ideas suicidas o pensamientos frecuentes sobre la muerte.

3.4.2 Trastorno de ansiedad

Si bien se mencionó la depresión como un trastorno grave, a tratarse en un niño víctima de abuso, también la ansiedad es otro padecimiento preocupante, el cual la sufre quien lo padece, por ello la importancia de tratar a un menor en cualquier experiencia traumática que le lleve a manifestar dichos trastornos.

La ansiedad al igual que la depresión esta aliada a experiencias traumáticas y desagradables, como es una agresión o un abuso sexual, sin embargo, cabe destacar que en niños víctimas de abuso sexual, además de manifestar distintos temores que le impedirán estar tranquilo, desarrollara ansiedad, estrés, temores e incluso pesadillas que manifestara con pérdida de sueño.

Como se mencionó anteriormente, la manera cómo afecta una agresión sexual a un menor va a depender de diferentes factores, su edad, la relación con el agresor, frecuencia, duración el abuso, etc.; sin embargo, existen trastornos que pueden desarrollarse a corto plazo o largo, como es la ansiedad, el cual debe tratarse con un especialista, ya que es importante distinguir

cuales son los síntomas y detectar el problema en el menor para distinguir su origen y tratarse antes de que se agrave.

De una manera u otra el temor y la ansiedad son dos emociones comunes a todos los seres humanos. La sola mención de la palabra puede producir una respuesta fisiológica o psicológica: un endurecimiento de los músculos estomacales, una sensación de opresión mental. Aunque la naturaleza del temor y de la ansiedad pueda cambiar con la edad, los niños en la etapa preescolar no son inmunes de ningún modo a este problema psicológico (Henry Mussen Paul, Janeway Conger John y Kagan Jerome, 1984, p.187).

Si bien la ansiedad es normal en etapas del desarrollo temprano, sobre todo cuando niños pequeños son separados o alejados de la madre, también es síntoma de haber experimentado violencia y abuso, pues ante una experiencia traumática, el menor puede desarrollar temores que le generen preocupaciones y ansiedad ante situaciones que le hagan recordar la violencia.

Tanto el temor como la ansiedad son anticipaciones del peligro o de un suceso, un sentimiento o una reacción desagradables. Aunque por supuesto son emociones relacionadas, hay una distinción entre ambas, Al temor se le suele considerar como la emoción más específica: una respuesta a un peligro real determinado como un animal salvaje o un vehículo que se mueve con rapidez. La ansiedad es de "flotación libre", y no tiene un motivo real y objetivo (Henry Mussen Paul, 1984, p.187).

Por otro lado, la ansiedad no solo es experimentada por los menores ante un abuso sexual, los padres del menor víctima de abuso sexual, también pueden sentirse frustrados y experimentar ansiedad ante el abuso que pudo haber sufrido su hijo, afectando igualmente su estado emocional. Echeburúa y Guerricaechevarria, (2000) afirma que, "Los sentimientos de vergüenza y culpa, de cólera, pena, de miedo y ansiedad pueden afectar a los padres de tal manera que se muestran incapaces de proteger al niño adecuadamente y, en los casos más graves, pueden llegar incluso a culparlo de lo sucedido" (p.54).

Es común que padres de familia puedan sentirse molestos y culpables de que su hijo sufra algún abuso sexual, sin embargo, no siempre son los padres responsables del abuso sexual que fue víctima el menor, pues incluso en instituciones y guarderías se ven este tipo de maltrato hacia el menor, pero si son responsables los padres de detectar cualquier cambio que manifieste su hijo, por ello se debe cuidar al menor siempre, incluso cuando este con otros adultos, familiares, amigos e incluso vigilar el juego con otros menores. Por otro lado, cabe mencionar que la ansiedad, tampoco es un padecimiento específico del abuso sexual, se manifiesta incluso en etapas tempranas en menores que son alejados o separados de forma temporal de sus padres. De acuerdo a Henry Mussen Paul, Janeway Conger John y Kagan Jerome (1984) sugieren que "la ansiedad que sigue a la separación temporal del cuidador principal, que se denomina ansiedad de separación más o menos entre los 8 y 12 meses de edad, y comienza a desaparecer cuando el niño tiene entre 24 y 30 meses" (p.114).

Los temores de la infancia son similares a los temores que los niños tendrán más tarde. Los infantes siempre son vulnerables a nuevas incertidumbres, y ya se trate de "¿Qué sucederá si mama se va?", o en un temor infantil futuro como "¿Qué hacen los fantasmas en la oscuridad?", el mecanismo de muchos temores es similar. Es decir, el nivel de madurez cognoscitiva de un niño determina cuando este será capaz de generar posibilidades (Henry Mussen Paul, 1984, p.117).

Sin embargo, cabe destacar que para el diagnóstico de la Ansiedad caracterizada por vivir algún evento traumático está acompañado de distintas características que pueden distinguirse en el CIE 10 y el DSM V.

Cuadro 2 Criterios del CIE10 diagnóstico del trastorno de Ansiedad:

Fobias específicas (aisladas), Se trata de fobias restringidas a situaciones muy específicas tales como a la proximidad de animales determinados, las alturas, los truenos, la obscuridad, a viajar en avión, a los espacios cerrados, a tener que utilizar urinarios públicos a ingerir ciertos alimentos, a acudir al dentista, a la visión de sangre o de heridas o al contagio de enfermedades concretas. Aunque la situación desencadenante sea muy específica y concreta. Su presencia puede producir pánico como en la agorafobia y en las fobias sociales.

Las fobias específicas suelen presentarse por primera vez en la infancia o el comienzo de la vida adulta y, si no son tratadas, pueden persistir durante décadas. El grado de incapacidad que producen depende de lo fácil que sea para el enfermo evitar la situación fóbica.

Para un diagnóstico definitivo deben cumplirse todas las condiciones siguientes:

- a) Síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundaria a otros síntomas como, por ejemplo, ideas delirantes u obsesivas.
- b) Esta ansiedad se limita a la presencia de objetos o situaciones fóbicas específicas.
- c) Estas situaciones son evitadas, en la medida de lo posible.

Por otro lado, en el DSM V, se señala las características esenciales, así como frecuencias de los síntomas para el diagnóstico del trastorno de crisis de angustia.

Cuadro 2.1 Criterios del DSM V para el diagnóstico de Ansiedad generalizada

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectativa aprensiva), que ocurren durante al menos 6 meses, alrededor de una serie de eventos o actividades (como el trabajo o la escuela rendimiento).

B. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación están asociadas con tres (o más) de los siguientes seis síntomas (con al menos algunos síntomas que han estado presentes durante los últimos 6 meses);

Solo se requiere un elemento en niños.

1. Inquietud o sensación de incrustación o en el borde.
2. Ser fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o la mente se va en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o inquieta, insatisfactorio el sueño).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan angustia o deterioro clínicamente significativos en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.

E. La perturbación no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, un abuso, un medicamento u otra afección médica (por ejemplo, hipertiroidismo).

F. La perturbación no se explica mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, ansiedad o preocupación por tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, evaluación negativa en la ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las cifras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recordatorios de eventos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumentando de peso en la anorexia nerviosa, quejas físicas en el trastorno de síntomas somáticos, apariencias percibidas defectos en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en la ansiedad de la enfermedad contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o trastorno delirante).

Asociación Americana de Psiquiatría, (2013). Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Aquellos niños que manifiestan la ansiedad, además de mostrarse angustiados pueden verse inquietos, se muestran alerta aun que no exista un peligro aparente, el cual pueden reflejar preocupaciones irracionales, además de mostrar síntomas somáticos antes mencionado como las palpitaciones, sudoración, sensación de falta de aire o la sensación de opresión en el pecho.

3.4.3 Trastorno por estrés postraumático

La depresión y la ansiedad son una de las consecuencias mencionadas que afecta la vida del menor, pero entre la consecuencia psicológica más común ante el abuso sexual infantil, se encuentra también el estrés postraumático. Wolfe, Gentile y Wolfe (1989) considera "las consecuencias del abuso sexual como una forma de trastorno del estrés postraumático" (como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, p.42).

Los recuerdos que el menor tiene del abuso, así como la frecuencia de agresiones sexuales traumáticas, generan una serie de síntomas de malestar, que podrían empeorarse con la

desintegración familiar y la reacción negativa ante el menor o falta de apoyo de la familia ante el abuso.

El abuso sexual en la infancia cumple los requisitos de trauma exigidos por el DSM-IV para el diagnóstico de este cuadro clínico y genera, al menos en una mayoría de las víctimas, los síntomas característicos de dicho trastorno: pensamientos intrusivos, evitación de estímulos relacionados con la agresión, alteraciones del sueño, irritabilidad y dificultades de concentración (Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.42).

El menor que ha sufrido un abuso sexual puede manifestar diferentes síntomas que repercutan su estado emocional, como pueden ser recuerdos sobre el abuso, que le ocasionan angustia, lo que podrá manifestarlo en sueños o pesadillas del hecho traumático. De acuerdo con Echeburúa y Guerricaechevarria (2000) afirma que “el trastorno incluye, además, miedo, ansiedad, depresión y sentimientos de culpabilidad” (p.42).

El acontecimiento traumático se experimenta persistentemente, a través de recuerdos del evento traumático, en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones, (en los niños pueden ocurrir juegos repetitivos, con el tema del trauma), se tienen sueños terroríficos de carácter recurrente y lo que se conoce como flash back, donde la persona cree estar otra vez en la situación traumática, los niños lo pueden escenificar incluso (Cuadros Ferre Isabel, Ordoñez Vera Martha, 2006, p.120-121).

Por otro lado, Echeburúa (1995) sugiere que el abuso sexual “a diferencia de los adultos, en los niños este cuadro clínico puede adoptar la forma de un comportamiento desestructurado o agitado y presentarse con síntomas físicos, dolores de estómago, jaquecas etc. en formas de sueños terroríficos” (como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.42).

Aunque los síntomas del trastorno por estrés postraumáticos resulten visibles, quien lo padece, lamentablemente el diagnóstico y atención de este trastorno puede verse interrumpido por diferentes factores como el ocultamiento del abuso por el menor o por parte de los padres, culpar a los menores por el abuso que fue víctima, el sentimiento de culpa de la misma víctima, temor por el menor de no ser creído, así como a las amenazas que también sufre del agresor.

La experiencia de vivir un evento traumatizante, puede dañar la autoconfianza y la seguridad, el cual ocasiona que menores que han sufrido por ejemplo de un abuso sexual, experimenten sensaciones de vulnerabilidad y que desarrollen temores a su entorno. De acuerdo a Hartman y Burgess (1989,1993) “este cuadro clínico puede seguir manifestándose, si el trauma permanece en la memoria activa del niño(a), en función de una inadecuada capacidad de procesamiento de la información, y de no utilizarse los mecanismos cognitivos adecuados para superarlo” (como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.42).

Para el diagnóstico de este padecimiento es necesario basarse en el manual de trastornos mentales como el DSM-V o CIE-10, para identificar las características que representa dicho trastorno.

Cuadro 3 Criterios del DSM-V para el diagnóstico del Trastorno por estrés Postraumático

Los siguientes criterios se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años.

Para niños de 6 años o menos, consulte los criterios correspondientes a continuación.

A. Exposición a muerte real o amenazada, lesiones graves o violencia sexual en una (o más) de las siguientes maneras:

1. Experimentar directamente el(los) evento(s) traumático(s).
2. Presenciar, en persona, el(los) evento(s) tal como se les ocurrió a otros.
3. Saber que el(los) evento(s) traumático(s) se le ocurrió a un familiar cercano o Amigo. En los casos de muerte real o amenazada de un familiar o amigo, los eventos deben haber sido violentos o accidentales.
4. Experimentar una exposición repetida o extrema a detalles aversivos de la traumática eventos (por ejemplo, socorristas que recogen restos humanos: los agentes de policía repetidamente expuestos a detalles de abuso infantil).

El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, películas, o imágenes, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas de intrusión asociados con el evento traumático, comenzando después de que ocurrieron los eventos traumáticos:

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del(los) evento(s) traumático(s).

En niños mayores de 6 años, puede ocurrir un juego repetitivo en el que los temas o aspectos del(los) evento(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el efecto del sueño son relacionados con el(los) evento(s) traumático(s).

En los niños, puede haber sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones dispositivas (por ejemplo, flashbacks) en las que el individuo se siente o actúa como si los eventos traumáticos fueron recurrentes. (Tales reacciones pueden ocurrir en un continuo, con la expresión más extrema siendo una pérdida completa de la conciencia de la presente entornos.)

En los niños, la recreación específica del trauma puede ocurrir en el juego.

4. Angustia psicológica intensa o prolongada en la exposición a señales internas o externas que simbolizan o se asemejan a un aspecto del(los) evento(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas marcadas a señales internas o externas que simbolizan o se asemejan un aspecto del(los) evento(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados con el(los) evento(s) traumático(s), comenzando después del(los) evento(s) traumático(s), como lo demuestra uno o ambos de los siguientes:

1. Evadir o hacer esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos o estrechamente asociados con el(los) evento(s) traumático(s).
2. Evadir o hacer esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que suelen sustentar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados con el(los) evento(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo asociados con el(los) evento(s) traumático(s), que comenzó o empeoró después de que ocurriera el(los) evento(s) traumático(s), como lo demuestran dos (o más) de lo siguiente:

1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del(los) evento(s) traumático(s) (normalmente debido a amnesia y no a otros factores como lesiones en la cabeza, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás, o el mundo (por ejemplo, "Soy malo", "Nadie puede ser de confianza", "El mundo es completamente peligroso", "Todo mi sistema nervioso está permanentemente arruinado").
3. Cogniciones persistentes y distorsionadas sobre la causa o consecuencias de la traumática eventos que llevan al individuo a culparse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (por ejemplo, miedo, horror, ira, culpa o vergüenza).
5. Disminución notable del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimientos de desapego o distanciamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas (por ejemplo, incapacidad para experimentar felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteraciones marcadas en la excitación y la reactividad asociadas con el(los) evento(s) traumático(s), o empeoramiento después de que ocurriera el(los) evento(s) traumático(s), como lo demuestran dos (o más) de lo siguiente:

1. Comportamiento irritable y estallidos de ira (con poca o ninguna provocación) típicamente expresados como agresión verbal o física hacia personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta exagerada.
5. Problemas con la concentración.
6. Alteraciones del sueño (p. ej., dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido o sueño inquieto).

F. La duración de la perturbación (Criterios B, C, D y E) es superior a 1 mes.

G. La perturbación causa angustia o deterioro clínicamente significativo en las redes sociales, u otras áreas importantes de funcionamiento.

H. La perturbación no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, alcohol) u otra afección médica.

Especifique los tipos:

Con síntomas disociativos: Los síntomas del individuo cumplen con los criterios para trastorno del estrés, y, además, en respuesta al factor estresante, las experiencias individuales síntomas persistentes o recurrentes de cualquiera de los siguientes:

1. Despersonalización: Experiencias persistentes o recurrentes de sentirse separado de, y como si uno fuera un observador externo de los procesos mentales o el cuerpo (por ejemplo, sentir como si uno estuviera en un sueño; sentir una sensación de irrealidad de sí mismo o del cuerpo o de tiempo moviéndose lentamente).

2. Despersonalización: Experiencias persistentes o recurrentes de irrealidad del entorno (por ejemplo, el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, onírico, distante, o distorsionado).

Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no deben ser atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., apagones, comportamiento durante la intoxicación por alcohol) u otra afección médica (por ejemplo, convulsiones parciales complejas).

Especifique el tipo:

Con expresión retrasada: Si no se cumplen los criterios de diagnóstico completos hasta al menos 6 meses después del evento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas pueden ser inmediatos).

Asociación Americana de Psiquiatría, (2013). Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Por otro lado, el CIE-10 señala las características más relevantes en el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático, señalando brevemente las características de la persona que lo padece y como lo manifiestan tras el recuerdo del episodio traumático.

Cuadro 3.1 Criterios del CIE-10 para el diagnóstico del Trastorno por estrés Postraumático

El trastorno de estrés postraumático, Episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tiene lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de despego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anemona y de evitación de actividades y situaciones evocadas del trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Como ya se mencionó, un abuso sexual ocasiona diferentes consecuencias y complicaciones para la víctima, generándole incomodidad, depresión, estrés y ansiedad, además de las múltiples complicaciones emocionales que genera un abuso sexual en niños, también es importante saber de qué forma afecta el autoestima y seguridad del menor, ocasionándole problemas para desarrollarse en su ámbito social, familiar, escolar y personal.

3.4.4 Baja autoestima

De acuerdo a E. Papalia Diane, Wendkos Olds Sally, Duskin Feldman Ruth (2005) “La autoestima es la parte auto evaluativa del auto concepto, el juicio que los niños hacen acerca de su propio valor, [...] se basa en la creciente capacidad cognoscitiva de los niños para describirse y definirse a sí mismos” (p.298).

Cabe mencionar que la autoestima es la valoración personal que se tiene hacia nuestra persona, aquel valor y seguridad que se tiene así mismo, pues de ello dependerá mucho la forma como nos aceptemos y respetamos, se desarrolla una buena estima cuando existen factores que propicien el sano desarrollo o por el contrario un desarrollo hostil, violento que perjudicara la estima y valía personal. Erikson (1982), un determinante importante de la autoestima es la visión que tienen los niños de su capacidad para el trabajo productivo (como se citó en E. Papalia Diane, 2005, p.388).

Quando la autoestima es alta, el niño está motivado para mejorar. Sin embargo, si la autoestima es contingente al éxito, los niños pueden ver las fallas o las criticas como una acusación a su valor y puede sentirse incapaces de hacer algo mejor (E. Papalia Diane, 2005, p.299).

Esta valía personal se refuerza desde pequeño por los padres, con la forma que se les habla y trata a un menor, el cual pueden ayudarlo a desarrollar una buena autoestima o, por el contrario, un menor que no se le habla o trata con respeto puede tener ideas irracionales

respecto a su persona, evitando que se acepte así mismo como es y disminuyendo su sentimiento de valía y seguridad.

Una contribución importante a la autoestima es el apoyo social, primero de los padres y compañeros, luego de los amigos y maestros. ¿Les agrada el niño y se preocupan por él? ¿Tratan al niño como una persona que importa que tiene cosas valiosas que decir? [...] Su autoestima se resentirá si no se siente valorado por las personas importantes en su vida (E. Papalia Diane, 2005, p.389)

De acuerdo con Harter (1996, 1998) La autoestima en la niñez temprana tiende a ser de todo o nada: “soy bueno” o “soy malo” (como se citó en E. Papalia Diane, 2005, p. 299). Aunque existen distintas circunstancias en la vida que pueden afectar el autoestima personal, como la violencia que se puede vivir en casa o en la escuela, el maltrato o agresiones entre compañeros de clase o el abuso sexual; este último agrede la intimidad del menor, así como la confianza que haya depositado a los demás, perjudicando significativamente su valía personal y autoestima, pues podrá desarrollar culpa, que lo hará sentirse responsable por lo sucedido, así como vulnerable e incapaz de poder confiar en sí mismo y en los demás.

Echeburúa y Guerricaechevarria (2000), sugiere que “la evaluación psicológica negativa de la víctima, que afecta especialmente a la autoestima, va a depender de diversas variables: las dudas suscitadas por el testimonio; la significación afectiva de las personas incrédulas, y la falta de apoyo emocional y social” (p.54). Por otro lado, el estima es un valor que puede desarrollarse si se educa con amor y respeto, motivando al autoconocimiento y aceptación de sí mismo, pues cuando dejamos de tolerar la violencia, lo denunciarnos para castigar cualquier tipo, incluso el abuso sexual infantil, no solo dejamos de ser cómplices sino que además es una muestra de valía y respeto hacia el menor, saber que nadie puede pasar por encima de sus derechos, sin que existan consecuencias o sanciones, ya que las necesidades del infante valen igual que el de los adultos.

De acuerdo con Vázquez Mezquita Blanca (1995) afirma que “muchas de las víctimas, al poseer una baja autoestima, terminan por utilizar la sexualidad en todas sus relaciones como un intento por ganar afecto y reconocimiento” (como se citó en Cecilia López María, 2010, p.44). Los niños son libres sobre a quién quieren saludar de beso y a quien no, ellos son quien deciden sobre su cuerpo, son libres de expresar cualquier disgusto que le provoque un abrazo o acercamiento de cualquier persona, pues cuando se toma en cuenta, es una muestra de respeto hacia su persona y sus decisiones.

3.5 PROBLEMAS CONDUCTUALES Y DE RELACIÓN SOCIAL

Las consecuencias ante un abuso sexual de un infante podrían ser varios, unos podrían ser poco notorias que otras, pero cualquier expresión anormal que el niño represente será una señal importante que los padres de familia deben estar al tanto, para detectar los problemas

y darle solución antes de que puedan agravarse más y aumentar el desgaste emocional que el abuso implica.

De acuerdo con Echeburúa y Guerricaechevarria (2000) existen los siguientes índices conductuales en los infantes, para poder detectar que sufre de abuso sexual:

- La pérdida de apetito.
- Llantos frecuentes, sobre todo en referencia a situaciones afectivas o eróticas.
- Miedo a estar solo(a), a los hombres o a una persona en específico.
- Rechazo al padre o a la madre de forma repentina.
- Cambios bruscos de conducta
- Resistencia a desnudarse y bañarse
- Aislamiento y rechazo de las relaciones sociales.
- Problemas escolares o rechazo a la escuela.
- Fantasía o conductas regresivas (chuparse el dedo, orinarse en la cama, etc.)
- Autolesiones o intento de suicidio.

Este cambio de comportamiento puede ser repentino en un niño que ha sufrido algún tipo de abuso sexual, de ser niños sonrientes pueden cambiar a ser cayados, ya que pueden sentirse culpables además de desconfiar de los demás. “De este modo, los niños tienen mayor probabilidad de exteriorizar problemas de comportamiento, como, por ejemplo, agresiones sexuales y conductas violentas en general” (Bonner, 1999, como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.46)

El cambio conductual de un niño siempre es preocupante, da alerta de que algo en su ambiente está cambiando y que puede afectar su estado de ánimo y lo manifiesta con una modificación de conductas diferentes a las que había tenido en la vida cotidiana, puede que exista una regresión como mojar la cama después de que ya no lo hacía, puede empezar a temerle de nuevo a la oscuridad o a estar solo, tener pesadillas, presente dificultades al dormir, o bien manifieste conocimiento sobre la sexualidad inapropiado a su edad.

Es importante prestar atención a cualquier cambio conductual que empiece a manifestar un menor, observar si existen conductas agresivas cuando no las tenía, si rechaza a alguna persona en particular o existe comportamientos hostiles del menor o temor hacia una figura adulta, así mismo puede manifestar diferentes conductas sexuales que pueden ir desde la masturbación, interés sexual, o juegos sexuales que son inapropiados a la edad del menor.

Por otro lado cabe destacar que la agresión sexual va a afectar al menor gravemente en su vida personal, empezando a reflejarse en su ámbito escolar y social el cual se verá un deterioro en su desempeño o rendimiento escolar y en la relación con los demás, desde luego su ámbito familiar se ve afectado directamente, pues si el agresor forma parte de su núcleo familiar, existirá cierta resistencia por pedir ayuda profesional y de exteriorizar la agresión, además de

pretender castigar al abusador, lo que podrá impedir que el menor pueda superar el abuso, manifestándolo toda esta angustia y enojo con agresividad, aislándose de los demás.

3.5.1 Aislamiento y ansiedad social

Es poco común que los niños quieran estar solos o aislarse de convivir con otros compañeros, sin embargo, cuando el niño deja de relacionarse con los demás de manera indefinida, así como evitar cualquier relación social con su entorno, podemos hablar de un aislamiento, que suele ser señal de que algo no anda bien con el menor.

Como seres humanos somos sociables y necesitamos de los demás para sentirnos bien y adaptarnos a nuestro entorno, no se podría vivir sin relacionarse con los demás, el cual se eligen las amistades de acuerdo a la personalidad, afinidad, con quien compartir el tiempo y momentos especiales, sin embargo puede ocurrir que los niños cuando sufren una experiencia traumática se alejen de los demás, no cuenten con ningún grupo de amigos y se encuentren solos, el cual es señal de aislamiento, que bien puede ser por muchas causas, entre las más comunes que el menor este sufriendo de depresión o tenga baja autoestima que puede ser originado por algún tipo de maltrato como puede ser el abuso sexual infantil.

El aislamiento como la ansiedad social son consecuencias psicológicas que pueden ser originados de un abuso sexual infantil, ya que afecta la interacción sexual del menor, provocando que el menor se sienta inseguro o temeroso de poder expresarse frente a público o de poder convivir en grupo, logrando que haya una disminución en su interacción con los demás, así como en sus relaciones sociales, cayendo poco a poco al aislamiento social.

De acuerdo al CIE- 10 y el DSM-V existen criterios específicos para diagnosticar este padecimiento y dar tratamiento oportuno antes de que se intensifique los síntomas y pueda afectar cada vez más la estima del menor, así como sus relaciones sociales.

Cuadro 4 Criterios del CIE-10 para el diagnóstico de fobia social

Para un diagnóstico definitivo debe cumplirse todas las condiciones siguientes:

- a) Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- b) Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.
- c) La situación fóbica es evitada, cuando ello es posible.

Por otro lado, el manual DSM-V especifica los síntomas físicos y características, así como el tiempo que se presentan, para poder diagnosticar este padecimiento.

Cuadro 4.1 Criterios del DSM-V para el diagnóstico de ansiedad social (fobia social).

A. Miedo marcado o ansiedad sobre una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (por ejemplo, una conversación, conocer a personas desconocidas), ser observado (por ejemplo, comer o beber), y actuando frente a los demás (por ejemplo, dando un discurso).

En los niños, la ansiedad debe ocurrir en la configuración de los pares y no sólo durante las interacciones con adultos.

B. El individuo teme que él o ella actuará de una manera o muestre síntomas de ansiedad que ser evaluado negativamente (es decir, será humillante o vergonzoso: conducirá al rechazo u ofender a otros).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

En los niños, el miedo o la ansiedad pueden expresarse llorando, berrinches, aferrarse, reducirse o no hablar en situaciones sociales.

D. Las situaciones sociales se evitan o se soportan con intenso miedo o ansiedad.

E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado a la amenaza real que representa la situación social y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, por lo general dura 6 meses o más.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causan angustia o deterioro clínicamente social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento.

H. El miedo, la ansiedad o la evitación no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, un medicamento de abuso, un medicamento) u otra condición médica.

I. El miedo, la ansiedad o la evasión no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico o el espectro autista.

J. Sin otra condición médica (por ejemplo, enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración de vagos o lesión) está presente, el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente no relacionado o es excesivo.

Especifique si: el miedo se limita a hablar o actuar en público.

Asociación Americana de Psiquiatría, (2013). Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Cabe destacar que el aislamiento como la baja autoestima, se encuentran dentro de las características de los menores con riesgo de sufrir de abuso sexual, ya que al no expresar lo que les hace sentir incómodos y callarlo, le llevan a una situación vulnerable de tolerar cualquier situación de violencia incluso le esté provocando frustración, así mismo puede ser una señal importante de desvaloración por parte del menor o incluso de otros problemas como la depresión, ya que ante un abuso sexual, la vergüenza y el poco apoyo de sus familiares pueden llevar al menor a aislarse de sus seres queridos y de los demás.

Por otro lado, el aislamiento y la ansiedad social no son los únicos problemas que le limitan al menor a convivir adecuadamente, ya que el infante puede manifestar otras conductas que perjudiquen su sano desarrollo y su convivencia cotidiana con sus diferentes grupos sociales, como puede ser las conductas agresivas u hostiles hacia su propio núcleo familiar, su grupo de amigos, incluso con algunas figuras que puede considerar significativamente amenazantes para él, como aquellas que asemeje con el agresor, donde se muestre agresivo, como mecanismo de defensa contra su entorno.

3.5.2 Hostilidad

Las conductas hostiles por parte del menor son síntomas de estrés o inconformidad, la cual puede estar sintiendo miedo, duda, vergüenza o se siente culpable y molesto consigo mismo por no haber podido evitar el abuso, expresándose agresivo con sus padres, seres queridos, incluso con el agresor quien le generara distintos sentimientos negativos. Las conductas hostiles serán el disgusto o ira que pueda expresar el menor hacia los demás o en específico a una persona o figura en particular. De acuerdo con Cuadros Ferre Isabel, Ordoñez Vera Martha (2006) “Los niños pueden cambiar su comportamiento con los compañeros de clase, volviéndose muy agresivos física y verbalmente golpeando e insultando a sus compañeros, como una forma de expresar la hostilidad que genera el abuso sexual” (p.119).

Se habla de un problema cuando estas conductas hostiles repercuten en la capacidad de hacer amistades o en sus relaciones personales, ya que son conductas agresivas hacia los demás que va a afectar significativamente poder relacionarse, así como la comunicación y relación sana con su familia, amigos y compañeros de escuela también se verá perjudicada.

3.5.3 Déficit de habilidades sociales

Como seres humanos tenemos la necesidad de poder comunicarse y convivir en sociedad, quien tiene un buen manejo en sus relaciones sociales se refleja en su vida de forma positiva,

logrando sentirse bien consigo mismo, ya que es el reflejo de una buena autoestima, pues de cierta forma es una habilidad que se aprende, logrando expresar de forma adecuada los sentimientos u opiniones personales y escuchar también la de los demás.

Cuando se tiene problemas para relacionarse con los demás, no se sabe cómo expresarse de forma adecuada, puede presentar ansiedad a la hora de interactuar con los demás, reflejando una baja autoestima, así como el temor a ser criticado, generando con ello sentimientos de tristeza y falta de seguridad. Un menor por ejemplo puede sentirse incapaz de interactuar con los demás cuando es víctima de abuso o violencia, reflejando su baja autoestima, pues no creerá en sus propias capacidades, repercutiendo en las habilidades necesarias para relacionarse con los demás, así como la falta de empatía para socializar.

La falta de habilidades sociales repercute en la capacidad para desenvolverse en los diferentes contextos, ocasionando un malestar personal, así como pensamientos negativos hacia uno mismo, la forma como se relaciona también se ve afectada por su comunicación, ya que no sabe cómo expresar adecuadamente sus emociones, deseos y pensamientos, lo cual se refleja en sus relaciones sociales, con pocas amistades y poco duraderas.

3.6 PROBLEMAS FÍSICOS

Existen otras manifestaciones del abuso sexual perceptibles y más fáciles de identificar una agresión sexual en los niños, aquellas marcas o manifestaciones físicas que dejan huella tras el abuso sexual. Sin embargo, no son las más importantes ni las únicas que se pueden tomar en cuenta para pensar que un niño ha sido agredido sexualmente.

Recordar que los niños más vulnerables a sufrir algún tipo de abuso sexual, son aquellos donde los padres o tutores están ausentes y que no prestan suficiente atención a sus hijos, por ello la importancia de poder estar atenta y percibir cualquier cambio que tenga, conductual, físico, emocional y psicológico, es importante, ya que nos permite descubrir algunos signos que indican una señal de alerta; para no permitir más el abuso que puede estar sufriendo el menor y pueda ser apoyado, evitando con ello el abuso y violencia del que es objeto.

Como se mencionó anteriormente, existen señales físicas para poder distinguir el abuso sexual a menores, a lo que Echeburúa y Guerricaechevarria, (s.f) aporta la siguiente información:

- Los dolores, señal de golpes, quemaduras o heridas en la zona genital o anal, Cérvix o vulva hinchadas o rojas,
- Semen en la boca, en los genitales o en la ropa, además de la ropa interior rasgada, manchada y ensangrentada.

- Enfermedades de transmisión sexual en los genitales, ano, boca u ojos.
- Dificultades para andar y sentarse.
- Enuresis y encopresis.

Estas solo algunas de las manifestaciones físicas que pudiera presentar un menor víctima de abuso sexual, incluso algunos pueden manifestar síntomas somáticos, como dolor de cabeza, dolores abdominales y otros malestares físicos sin motivo aparente, además de la enuresis y encopresis que son fenómenos regresivos que se manifiestan en situaciones estresantes, o bien características más claras de un abuso sexual o violación como infecciones urinarias, así como inflamación y enrojecimiento en los genitales. De acuerdo a Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) a “una mayor edad, a su vez, aumenta la probabilidad de que se lleve a cabo la penetración y de que se emplee la violencia física, ya que existe una mayor capacidad de resistencia en la víctima” (p.52).

Dentro de los problemas físicos también pueden considerarse las siguientes manifestaciones físicas que perjudican en la vida diaria del menor, por ejemplo, un desequilibrio alimenticio, pérdida de control de esfínter y pesadillas o dificultad para dormir, lo cual se señalara que algo no anda bien con el menor.

Por otro lado, Vélez Renato (2013) señala para detectar el abuso sexual infantil los siguientes síntomas:

- Dolor en el ano o área genital
- Infecciones vaginales
- Rozaduras, comezón o trauma en las áreas genitales y ano.
- Manchas de sangre en ropa interior y pañales, inclusive.
- Dolor al estar sentado y al ejercitarse
- Dolor y sangre al orinar o defecar.
- Infección sexualmente transmisible.
- Dolor de panza (la panza para los niños incluye, además del estómago, pecho y entrepierna).

Sin embargo, cabe mencionar que no siempre existe evidencia física del abuso sexual infantil, lo cual no descarta que haya habido algún tipo de violencia hacia el menor, pues incluso el menor puede estar sufriendo algún tipo de abuso y no manifiesta ningún malestar físico o señal aparente.

3.6.1 Trastornos de la conducta alimenticia

De acuerdo al CIE-10 el diagnóstico del trastorno de conducta alimentaria se consideran los siguientes trastornos:

En este epígrafe se agrupan los síndromes importantes y claramente delimitados: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, además de otros trastornos bulímicos menos específicos y de la obesidad relacionada con alteraciones psicológicas. Así mismo incluye una breve descripción de los vómitos que acompañan a trastornos psicológicos.

Cualquier menor que se desarrolle en un ámbito hostil y poco saludable, sufrirá un desequilibrio en sus hábitos alimenticios, ya sea por ansiedad, angustia baja autoestima u otras circunstancias, el cual podrá verse un aumento o disminución en su alimentación. Los trastornos de conducta alimentaria más comunes en niños víctimas de abuso sexual, son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, donde de acuerdo al manual DSM -V se caracteriza por los siguientes criterios.

Cuadro 5 Criterios del DSM-V para el diagnóstico de Anorexia nerviosa

A. Restricción de la energía en relación con los requisitos, lo que conduce a un cuerpo significativamente bajo en relación con su edad, sexo, trayectoria de desarrollo y salud física. Significativamente bajo peso, que se define como un peso menor de lo mínimamente normal o, para niños y adolescentes, menos de lo que mínimamente se esperaba.

B. Miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiera con aumento de peso, aunque mantenga un peso significativamente bajo.

C. Disturbios en la forma en que se experimenta el peso corporal o la forma, influencia indebida del peso corporal o forma en la autoevaluación, o la persistente falta de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Especifique el tipo:

Tipo restrictivo: Durante los últimos 3 meses, el individuo no ha participado en episodios de atracones en el comportamiento de alimentación o purga (es decir, vómitos auto inducidos o el mal uso de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe las presentaciones en las que pérdida de peso se logra principalmente a través de la dieta, ayuno, o ejercicio excesivo.

Tipo de atracón/purga: Durante los últimos 3 meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o comportamiento de purga (es decir, vómitos o el uso indebido de laxantes, diuréticos o enemas).

Especifique tipo:

En remisión parcial: Después de que se cumplieran previamente los criterios completos para la anorexia nerviosa.

Criterio

A (bajo peso corporal) no se ha cumplido durante un período sostenido.

B (miedo intenso a aumentar de peso o engordar o comportamiento que interfiere con el peso ganado)

C (alteraciones en la autopercepción del peso y la forma) todavía se cumple.

En remisión completa: Después de que se cumplieran previamente los criterios completos para la anorexia nerviosa, ninguno de los criterios se ha cumplido durante un período de tiempo sostenido.

Asociación Americana de Psiquiatría, (2013). Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Por otro lado, cabe recalcar que cualquier situación de estrés y ansiedad para los niños se manifiesta con distintos padecimientos somático, repercutiendo en su relación social, familiar, escolar, personal y desde luego bienestar físico y emocional, afectando su salud y bienestar y con ello su percepción personal y hábitos alimenticios, como pueden ser la anorexia y bulimia.

Cuadro 5.1 Criterios del DSM-V para el diagnóstico de Bulimia nerviosa.

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón de comida se caracteriza por ambas de las siguientes características:

1. Comer, en un período de tiempo discreto (por ejemplo, dentro de cualquier período de 2 horas), una cantidad de alimentos que es definitivamente más grande que lo que la mayoría de las personas comerían en un período similar tiempo en circunstancias similares.

2. Una sensación de falta de control sobre la alimentación durante el episodio (por ejemplo, la sensación de que no puede dejar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo uno).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para prevenir el aumento de peso, tales como vómitos auto inducidos; uso indebido de laxantes, diuréticos u otros medicamentos; ayuno; o ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren, en promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses.

D. La autoevaluación está influenciada indebidamente por la forma y el peso del cuerpo.

E. La perturbación no ocurre exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

En remisión parcial: Después de que se cumplieran previamente criterios completos para la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos, de los criterios se han cumplido durante un período de tiempo sostenido.

En remisión completa: Después de que se cumplieran previamente los criterios completos para la bulimia nerviosa, ninguno de los criterios se ha cumplido durante un período de tiempo sostenido.

Especifique la gravedad actual:

El nivel mínimo de gravedad se basa en la frecuencia de comportamientos.

El nivel de gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados por semana.

Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados por semana.

Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados por semana.

Extremo: Un promedio de 14 o más episodios de comportamientos compensatorios inapropiados por semana.

Asociación Americana de Psiquiatría, (2013). Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

De acuerdo con González Martínez (2003) “las anoréxicas tienen una imagen corporal distorsionada; aunque están constantemente a dieta casi no comen nada, piensan que están demasiado gordas” (como se citó en E. Papalia Diane, 2005, p.438).

Por otra parte, en la bulimia nerviosa, una persona consume grandes cantidades de comida en un tiempo corto, por lo general dos horas o menos, y luego tratan de deshacerse del elevado consumo de calorías induciéndose el vómito, mediante una dieta estricta o ayuno, practicando ejercicio excesivamente vigoroso o tomado laxantes, enemas o diuréticos para purgar el cuerpo. Estos episodios ocurren al menos dos veces por semana durante al menos tres meses [...] Tienen baja autoestima y una historia de amplias fluctuaciones de peso, dietas o ejercicio frecuente (Kendler, 1991, como se citó en E. Papalia Diane, 2005, p.438).

Aunque existen distintas maneras de manifestar la ansiedad en niños y menores víctimas de abuso sexual, así como los distintos problemas emocionales importantes y los cambios de conducta alimentaria, es importante recalcar que, entre las manifestaciones más comunes de las menores víctimas de abuso, se encuentran algunas de las conductas regresivas como no ir al baño solo cuando antes lo hacía o manifestar algunos problemas del control de esfínter.

3.6.2 Pérdida del control de esfínteres

Aun que se considera normal en los niños pequeños la falta de control de esfínter, es importante prestar atención cuando esto ocurre, la frecuencia con que sucede, si es por las mañanas o solo por las noches, o incluso si ocurre después de que ya haya aprendido a controlar su esfínter, pues de tratarse de una conducta ya aprendida por el menor, quizá se debe a una regresión a causa de factores que puedan ocasionarle temor y ansiedad.

De acuerdo con M. Raich Rosa y Dolores de la Calzada M. (1992) afirma que se caracteriza por micciones involuntarias recurrentes durante el sueño, puede aparecer en cualquiera de los estadios del sueño y durante las vigiliass nocturnas. La enuresis nocturna es normal en la infancia y habitualmente se resuelve de manera espontánea a los 6 años de edad (p.137).

La pérdida del control de esfínteres es considerada un trastorno de la eliminación, la cual incluye la encopresis que es la deposición repetida de heces en lugares inadecuados, y la enuresis, la emisión repetida de orina en lugares inadecuados.

Recibe el nombre de “enuresis” la falta de control en la emisión de orina, tanto diurna como nocturna, aparentemente involuntaria, que se mantiene o aparece una vez pasada la edad en que se adquiere la madurez fisiológica, tradicionalmente considerada a la edad de 3 años (J de Ajuriaguerra, 2007, p.269).

El diagnóstico diferencial se establece ante la incontinencia urinaria, que hace suponer la existencia de una lesión orgánica concreta, mecánica, nerviosa o por una inflamación. Hay enuresis cuando la emisión es involuntaria e inconsciente, y hay incontinencia cuando la emisión de orina es involuntaria, pero consiente, cuando todos los intentos del paciente por retener resultan inútiles y las micciones son anormales (J de Ajuriaguerra, 2007, p.271).

Para el diagnóstico adecuado de los trastornos de eliminación (encopresis y enuresis) es importantes checar sus características y descartar causas orgánicas, para ello el especialista en salud mental podrá basarse en el DSM-V para su diagnóstico y posteriormente su tratamiento.

Cuadro 6 Criterios del DSM-V para el diagnóstico de la Enuresis

-
- A. La emisión repentina de orina en la cama o la ropa, ya sea involuntario o intencional.
 - B. El comportamiento es clínicamente significativo como se manifiesta por una frecuencia de al menos el doble de semana durante al menos 3 meses consecutivos o la presencia de angustia clínicamente significativa o deterioro social, académico (ocupacional) u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - C. La edad cronológica es de al menos 5 años (o nivel de desarrollo equivalente).
 - D. El comportamiento no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, un diurético, un medicamento antipsicótico) u otra afección médica (por ejemplo, diabetes, espina bífida, un trastorno convulsivo).

Especificar tipo:

Solo nocturno: Paso de orina solo durante el sueño nocturno.

Sólo diurna: Paso de orina durante las horas de vigilia.

Nocturno y diurno: Una combinación de los dos subtipos anteriores.

Asociación Americana de Psiquiatría, (2013). Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Por otro lado, se describen las características de otro trastorno de eliminación, encopresis de acuerdo al manual DSM-V.

Cuadro 6.1 Criterios del DSM-V para el diagnóstico de encopresis

A. Evacuación repentina de heces a lugares inapropiados (por ejemplo, ropa, sea voluntaria o intencional).

B. Al menos uno de estos eventos ocurre cada mes durante al menos 3 meses.

C. La edad cronológica es de al menos 4 años (o nivel de desarrollo equivalente).

D. El comportamiento no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, laxantes) u otra condición médica, excepto a través de un mecanismo que implica estreñimiento.

Especificar el tipo:

Con estreñimiento e incontinencia: Hay evidencia de estreñimiento en examen físico o por historia.

Sin estreñimiento e incontinencia: No hay evidencia de estreñimiento examen físico o por historia.

Asociación Americana de Psiquiatría, (2013). Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Tanto la enuresis como encopresis son manifestaciones de ansiedad y tensión, en niños víctimas de violencia y abuso, es común la falta de control de esfínter; para su diagnóstico es necesario descartar afectaciones orgánicas, lo cual es importante tomar en cuenta la vida del menor, así como su edad.

3.6.3 Pesadillas y problemas de sueño

La ansiedad que viven las menores víctimas de abuso es manifestada durante el sueño a través de pesadillas o terrores nocturnos, como consecuencia de vivir una experiencia desagradable o traumáticas, lo cual lo proyectara en el sueño con fin de superar este trauma.

Por otra parte, la ansiedad intensa y frecuente entre los niños pequeños a menudo tiene sus raíces en las primeras relaciones entre padres e hijos. Cuando los padres son muy exigentes con sus hijos y les aplican castigos y restricciones graves, cuando evalúan la conducta y los logros de un niño de una forma dura y negativa, o cuando son inconscientes en su trato con el infante, es probable que este experimente ansiedad. Cuando los padres maltratan a sus hijos, la ansiedad que genera con esto puede dar lugar a un temor genuino. (Henry Mussen Paul, 1984, p.188).

Como se mencionó los problemas de sueño más comunes que puede manifestar una menor víctima de abuso sexual, son las pesadillas y los terrores nocturnos, asociándolo a experiencias traumáticas con irse a descansar a la cama o quedarse sola en la habitación, cabe recalcar, con ello no significa que por sufrir un niño de pesadillas y terrores nocturnos deba generalizarse de que ha sido víctima de abuso sexual, pero si es señal de estar viviendo una situación que le provoque ansiedad miedo o estrés.

Las pesadillas son bastante frecuentes en los niños, los terrores nocturnos, más raros. Las familias pueden creer que las pesadillas son fenómenos normales o paranormales, mientras que los terrores nocturnos son considerados como como fenómenos patológicos. De entre las perturbaciones del sueño que se dan entre los 4 y los 7 años, y las pesadillas entre los 8 y los 10 (E. J. Anthony, s.f, como se citó en J de Ajuriaguerra, 1980, p.170).

J. de Ajuriaguerra (1980) sugiere que “durante la pesadilla el niño hace algunos movimientos, gime y se despierta; es capaz de expresar su ansiedad y puede dejarse consolar fácilmente por los padres o persistir en un determinado estado ansioso por que tiene miedo de volverse a dormir” (p.170).

Así mismo las pesadillas tienen a alcanzar un pico entre las edades de 4 y 6 años, aunque muchos niños mayores también las padecen [...] sin embargo cuando un niño tiene pesadillas severas o muy recurrentes, deberá hacerse un esfuerzo por determinar la fuente de ansiedad y remediarla (Henry Mussen Paul,1984, p.189).

Cabe recalcar que cualquier tipo de violencia o abuso que pueda sufrir el menor, se verá reflejado en sus hábitos de sueño, así como en su descanso y tranquilidad para dormir. M. Raich Rosa y Dolores de la Calzada M. (1992) afirma que “Son ensoñaciones terroríficas que habitualmente provocan el despertar del sujeto dormido desde el sueño MOR. La ansiedad es un componente esencial de la pesadilla” (p.135).

[...] Esta respuesta de la ansiedad suele ir acompañada de una reacción motora brusca que puede provocar el despertar. En este caso, el niño presenta un contacto normal con la realidad y tiene la sensación de haber soñado con una amenaza inmediata; la ansiedad tiende a desaparecer rápidamente. (Buela Casal Gualberto y Sierra Juan Carlos, 1994, p.65).

Pesadillas, terrores nocturnos, miedo a la oscuridad, miedo a dormir solo, dificultades en iniciar el sueño, sueño interrumpido durante la noche. Estos disturbios pueden correlacionar con la manera en la cual ocurre el abuso; por ejemplo, el niño puede tener miedo de dormirse si en la mitad de su sueño aparece el abusador (Cuadros Ferre Isabel, Ordoñez Vera Martha, 2006, p.117-118)

De acuerdo al manual DSM-V y CIE-10, estos son los criterios para diferenciar entre pesadillas y terrores nocturnos.

Cuadro 7 Criterios del Cie-10 para el diagnóstico de pesadillas

Las pesadillas son una experiencia onírica cargada de ansiedad o de miedo. Los que la padecen tienen un recuerdo muy detallado del contenido del sueño. Esta experiencia es muy vivida y suele incluir temas que implican una amenaza para la supervivencia, la seguridad la estimulación de sí mismo. Con mucha frecuencia en la pesadilla suele repetirse un mismo tema o temas similares. Durante un episodio típico de pesadillas se produce una cierta descarga vegetativa, pero no hay vocaciones ni una actividad motriz apreciable. Al despertarse el individuo alcanza rápidamente un estado de alerta y de orientación aceptables. Su comunicación con los demás es adecuada y por lo general puede proporcionar una gran cantidad de detalles sobre la experiencia del sueño, tanto inmediatamente después como a la mañana siguiente.

En los niños no suele existir trastornos psicológicos asociados a las pesadillas, dado que cuando se presentan a esas edades tienen normalmente relación con fases específicas del desarrollo emocional.

Los rasgos clínicos esenciales para el diagnóstico son los siguientes:

- a) El despertar de un sueño nocturno o de una siesta con recuerdos detallados y muy vívidos de sueños terroríficos, que normalmente implican una amenaza para la supervivencia, la seguridad o la estimación de sí mismo. El despertar puede tener lugar durante cualquier momento del periodo de sueño, aunque normalmente tiene lugar durante la segunda mitad.
- b) Una vez despierto, el individuo alcanza rápidamente el estado de vigilia y se encuentra orientado y alerta.
- c) Tanto la experiencia onírica en sí misma como la alteración del sueño provocan gran malestar al enfermo.

Cuadro 7.1 Criterios del DSM- V para el diagnóstico de pesadillas

A. Despertares repentinos, extremadamente terroríficos, y prolongados que dejan recuerdos vívidos, y cuyo contenido suele centrarse en amenazas para la propia supervivencia, la seguridad o la integridad física y que generalmente ocurren durante la segunda mitad del episodio de sueño mayor.

B. Al despertar de los sueños disfóricos, el individuo rápidamente se orienta y alerta.

C. La alteración del sueño causa angustia o deterioro clínicamente significativo en las redes sociales, u otras áreas importantes de funcionamiento.

D. Los síntomas de pesadilla no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento).

E. Los trastornos mentales y médicos coexistentes no explican adecuadamente la queja de sueños disfóricos.

Especifique los tipos:

Durante el inicio del sueño

Con trastorno asociado para no dormir, incluidos los trastornos por consumo de sustancias

Con otra afección médica asociada

Con otro trastorno del sueño asociado

Nota de codificación: el código 307.47 (F51.5) se aplica a los tres especificadores. Código también el trastorno mental asociado relevante, condición médica u otro trastorno del sueño inmediatamente después del código para el trastorno de pesadilla con el fin de indicar la asociación.

Especifique los tipos:

Agudo: La duración del período de pesadillas es de 1 mes o menos.

Subagudo: La duración del período de pesadillas es superior a 1 mes, pero menos de 6 meses.

Persistente: La duración del período de pesadillas es de 6 meses o más.

Especifique la gravedad actual:

La gravedad puede ser calificada por la frecuencia con la que se producen las pesadillas:

Leve: Menos de un episodio por semana en promedio.

Moderado: Uno o más episodios por semana, pero menos que por la noche.

Grave: Episodios todas las noches.

Asociación Americana de Psiquiatría, (2013). Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Se mencionó en caso de que las pesadillas se presenten de una forma recurrente puede conducir a una fobia al sueño o provocar interrupciones repetidas del sueño paradójico. Buela Casal Gualberto y Sierra Juan Carlos (1994) aportan las principales características de este trastorno que podrían resumirlas de la siguiente forma:

- A nivel comportamental se produce una discreta activación autónica durante el sueño, existiendo la posibilidad de despertarse durante el episodio.

- Su contenido suele ser elaborado, pudiendo ser efectivo; se suele recordar con detalle.
- Predominan durante el sueño paradójico.

Por otro lado, los terrores nocturnos se caracterizan por un despertar repentino desde una fase del sueño lento profundo, aunque en algunas ocasiones pueden también aparecer en otros momentos del sueño lento. Se inician con un grito y se acompañan de una importante descarga del sistema nervioso autónomo que se traduce en taquicardia, taquipnea, sudoración profunda, midriasis, aumento del tono muscular y disminución de la resistencia de la piel (M. Raich Rosa y Dolores de la Calzada M., 1992, P.131).

Pareciera que los terrores nocturnos son más intensos a comparación de las pesadillas, pues en este existen manifestaciones de ansiedad más elevadas, además de manifestaciones físicas de temor, aunque a comparación de la pesadilla, en los terrores nocturnos el menor no vuelve a la realidad, ni parece estar lucido, cuando termina de expresar el temor que está soñando puede volver al sueño sin problema.

Así mismo, durante los terrores nocturnos, el niño, después de unos pequeños gritos, se levanta o se sienta en su cama, su cara esta angustiada, grita, gesticula, se agita, hace como si se defendiera, como si viviese una representación terrorífica; no reconoce a las personas que le entornan, pero reacciona más o menos a los intentos de reconfortarle; cuando el terror se acaba el niño vuelve a dormirse [...] (J de Ajuriaguerra, 1980, p.170).

Además de las pesadillas también se pueden describir entre los sueños no orgánicos los terrores nocturnos, para su diagnóstico es necesario valorar los criterios del Cie-10 y DSM-V para diferenciar sus características.

Cuadro 7.2 Criterios del CIE-10 para el diagnóstico de trastornos no orgánicos del sueño:

Se trata de un grupo de trastornos que incluye:

- a) Disomnias: trastornos primarios psicógenos en los que la alteración predominante consiste en la afectación de la cantidad, calidad o duración del sueño, debido a causas emocionales, por ejemplo, el insomnio el hipersomnio y los trastornos del ritmo de sueño-vigilia.
- b) Parasomnias: trastornos episódicos durante el sueño, los cuales durante la infancia están relacionados por lo general con las fases del desarrollo del niño, mientras que en la madurez son fundamentalmente psicógenos, tales como el sonambulismo, los terrores nocturnos y las pesadillas.

Entre las parasomnias cabe destacar dos de las principales manifestaciones de ansiedad en niños que han sufrido algún tipo de abuso, donde puede ser manifestada sus miedos y angustias a través del sueño con terrores nocturnos o pesadillas.

Cuadro 7.3 Criterios del CIE-10 para el diagnóstico de terrores nocturnos:

Los terrores nocturnos consisten en episodios nocturnos de pánico y terrores intensos que se acompañan de gritos, movimientos bruscos y fuertes descargas vegetativas, El individuo se levanta o se incorpora dando un grito de pánico, normalmente durante el primer tercio del sueño nocturno. Con frecuencia se precipita hacia la puerta como tratando de escapar a pesar de que rara vez llega a salir de la habitación, los esfuerzos de los demás para modificar esta situación pueden, de hecho, producir un temor más intenso, puesto que el individuo no solo es incapaz de responder a ellos, sino que además puede estar desorientado durante algunos minutos. Al despertarse no suele recordar el episodio. Debido a esas características clínicas los afectos tienen un gran riesgo de lesionarse durante esos episodios.

Los rasgos clínicos esenciales son los siguientes:

- a) El síntoma predominante es la presencia de episodios repetidos de despertarse durante el sueño, que comienzan con un grito de pánico y están caracterizados por una intensa ansiedad, excitación motriz e hiperactividad vegetativa tal y como taquicardia, taquipnea y sudoración.
- b) Estos episodios repetidos de despertar tienen una duración característica de uno a diez minutos. Por lo general se presentan durante el primer tercio del sueño nocturno.
- c) Hay una relativa ausencia de respuesta frente a los intentos de otras personas para influir en el terror y de manera casi constante a estos intentos suelen suceder unos minutos de desorientación y movimientos perseverantes.
- d) El recuerdo del acontecimiento, si es que hay alguno es mínimo, (normalmente, una o dos imágenes mentales fragmentadas).
- e) No hay evidencia de un trastorno somático, como un tumor cerebral o una epilepsia.

En el DSM-V describe como un tipo de trastorno del sueño. Tanto el trastorno de pesadilla como el trastorno del terror del sueño, incluyen despertares o despertares parciales con miedo y activación autonómica, pero los dos trastornos son diferenciables. Las pesadillas suelen ocurrir más tarde en la noche, durante el sueño REM, y produce sueños vívidos, de historia y claramente recordados; excitación autonómica leve; Y despertares completos. Los terrores del sueño suelen surgir en el primer tercio de la noche durante etapa 3 o 4 NREM sueño y producir no recuerdo de sueño o imágenes sin una elaborada calidad como una historia. Los terrores conducen a despertares parciales que dejan al individuo confundido, desorientado, y sólo parcialmente sensible y con una excitación autonómica sustancial. Por lo general, hay amnesia para el evento en la mañana.

A diferencia de las pesadillas en los terrores nocturnos los niños son expresivos, la manifestación de ansiedad y miedo son más intensos, manifestando física y fisiológicamente, aunque la lucidez con que el niño pueda contar y explicar su sueño está muy limitada a comparación de las pesadillas.

Durante los terrores nocturnos [...] el niño que, hasta ese momento estaba durmiendo de una forma calmada, se sienta de forma brusca en la cama gritando intensamente, se puede producir toda una serie de vocalizaciones acompañadas de manifestaciones de ansiedad intensa, sudoración y taquicardia. Se puede producir gestos incordinados y rápidos, y una fijación de la mirada en algún punto frontal, a pesar

de toda esta activación inicial, el niño puede tardar entre cinco y diez minutos en despertarse, en el caso de que esto ocurra. (Buela Casal Gualberto y Sierra Juan Carlos, 1994, p.67).

Cuando el niño se despierta del episodio de terror nocturno, generalmente no suele recordar lo ocurrido, en caso de que lo recuerde, algo de su contenido, este no suele ser muy elaborado, sino más bien se trata de escenas terroríficas aisladas. Generalmente a la mañana siguiente el niño no recuerda el episodio. A lo que Buela Casal Gualberto y Sierra Juan Carlos (1994) aportan las características principales de los terrores nocturnos:

- A nivel de conductas manifiestas el niño se siente en la cama o se levanta de una forma brusca, con ansiedad y desorientación existiendo poco contacto con la realidad.
- A nivel fisiológico se produce una intensa activación taquicardia, sudoración, etc.
- Surge en la fase III y IV de su sueño, en el primer tercio de la noche.

De acuerdo a Buela Casal Gualberto (1994) “La tensión emoción y la fatiga parecen incrementar la aparición de terrores nocturnos. En la infancia el inicio de estos episodios suele estar asociados a hechos traumáticos recientes [...]” (p.68).

Por otro lado, Buela Casal Gualberto, 1994,1998, señala las diferencias más importantes entre las pesadillas y los terrores nocturnos.

Pesadillas	Terrores nocturnos
Se producen durante el sueño paradójico.	Se producen en la fase III y IV del sueño.
Aparecen en el periodo medio/final del sueño nocturno.	Aparecen en el primer tercio de la noche.
El individuo experimenta ansiedad, pero con una discreta activación automática.	El individuo experimenta unos altos niveles de ansiedad con una intensa activación automática (sudoración, pilo erección, taquicardia, etc.)
El individuo se puede incorporar en la cama, existiendo en todo momento contacto con la realidad.	El individuo se puede incorporar en la cama, pero no existe contacto con la realidad.
No suele producirse gritos y vocalizaciones.	Se producen gritos y vocalizaciones.
Los contenidos son elaborados	Los contenidos son muy poco elaborados.

De acuerdo a J de Ajuriaguerra (1980) “Aunque se hayan podido considerar las pesadillas y los terrores nocturnos como aspectos distintos, no obstante, ambos responden a unas manifestaciones de la angustia infantil y son la manifestación de un conflicto interno no resuelto [...]” (p.170).

Cualquier manifestación del niño a través del sueño, son indicadores importantes de ansiedad, de que el menor no está tranquilo para descansar, es señal de una valoración del menor, para saber que temores está manifestando que le impiden su descanso normal, no podría dejarse

por alto estas manifestaciones, son indicadores claro de vivir una experiencia traumática que está repercutiendo en su tranquilidad y su desarrollo sano.

3.7 PROBLEMAS SEXUALES- CURIOSIDAD SEXUAL

Las conductas sexuales que pueden empezar a observarse en los niños, son otros indicadores importantes, porque puede ser una manera de expresar ansiedad, lo cual podría sospechar de algún tipo de abuso sexual hacia el menor, quien representa con la proyección como mecanismo de defensa para asimilar el abuso. Noguero (1997) “Son probablemente los indicadores sexuales los que están relacionados con experiencias traumáticas” (como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.19).

Existen indicadores en la esfera sexual en los infantes, para poder detectar que un infante sufre de abuso sexual a lo que Echeburúa y Guerricaechevarria, (2000) aporta la siguiente información:

- Rechazo a las caricias, de los besos y del contacto físico.
- Conductas seductoras
- Conductas precoces o conocimiento sexuales inadecuados para su edad.
- Intereses exagerados por los comportamientos sexuales de los adultos.
- Agresión sexual de un menor hacia otros menores.

“Los niños tienen mayor probabilidad de exteriorizar problemas de comportamiento, como, por ejemplo, agresiones sexuales y conductas violentas en general” (Bonner, 1999, como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.46).

Como se mencionó anteriormente las conductas sexuales manifiestas después de un abuso sexual infantil pueden ir desde conductas precoces, hasta empezar a masturbarse, incluso a manifestar problemas con su identidad sexual y exhibicionismo. “Respecto a las alteraciones sexuales, es necesario intervenir a varios niveles. Por un lado, proporcionar información sexual adecuada a la edad del niño; por otro, modificando actitudes negativas e ideas distorsionadas sobre la sexualidad” (como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.75).

3.7.1 Conocimiento sexual precoz e inapropiado a su edad

Las conductas precoces son un indicador importante para pensar que un menor ya haya sido abusado sexualmente o este expuesto a ver contenidos pornográficos, por lo que tiende a repetir estas actitudes sexuales en el juego o con otros integrantes de la familia. Cuando un menor empieza a tener gran interés y curiosidad por conductas sexuales, como empezar a masturbarse, ver películas o revistas con contenido sexual, puede ser que haya empezado a experimentar algún tipo de abuso, lo cual empieza a sentir la necesidad por estimularse.

Para ello es importante indagar y descubrir a que se debe que el menor haya despertado su interés hacia su sexualidad a edades muy tempranas, la información adecuada para estos menores ayudara a fortalecer sobre posibles riesgos, equidad de género, autoestimas, pues de ello dependerá su salud física y emocional cuando empieza a experimentar su sexualidad.

Las conductas precoces en niños de 6 a 12 años [...] constantemente están realizando poses eróticas para atraer la mirada de los demás, tanto en el colegio como en el propio hogar; esto se puede observar en las niñas que se visten como adolescentes. También se ve en niños que no respetan la barrera generacional y pretenden seducir sexualmente (a través de lo que dicen o a través de lo que pretenden hacer) a una mujer de más edad (Cecilia López María, 2010, p.64).

Tampoco debe confundirse por conducta precoz por acciones de curiosidad hacia su propio cuerpo en niños más pequeños, por ejemplo, empezar a descubrirlo y tocarse, es normal durante la primera infancia, ya que las conductas precoces van más allá de una curiosidad por su cuerpo, pues incluso pueden buscar la propia estimulación de los genitales a través de la masturbación, observar revistas o videos con contenido sexual.

3.7.2 Masturbación compulsiva

Una de las conductas precoces más comunes en niños es la masturbación, ya que buscan la estimulación de los genitales como una forma de aliviar el estrés, el aburrimiento o la sensación de tensión, pero a menos que este sea frecuente, y de manera constante durante el día, que le genere un problema al menor por la frecuencia que lo hace, que exista irritación en el pene o vulva, puede hablarse de una forma de liberar la angustia, que ocasiona vivir una experiencia traumática que haya vivido, tal como el abuso sexual infantil.

El niño se masturba en una edad en la que no es normal hacerlo y el comportamiento masturbatorio se muestra compulsivo y no se detiene ante los límites de los adultos, presenta lenguaje "sexualidad", que demuestra tener conocimiento sobre la sexualidad por encima de la edad del desarrollo y la experiencia exploratoria normal de los niños, [...] adicionalmente, puede exhibir un comportamiento abiertamente seductor para buscar atención o afecto de los adultos [...] este comportamiento requiere siempre la

evaluación por un profesional especializado, con conocimientos profundos en el desarrollo psicosexual de los niños y también en abuso sexual. Junto a la presencia de estrés postraumático, [...] si están presentes los dos, la posibilidad es mayor al 85% de que el niño haya sido víctima de abuso sexual (Cuadros Ferre Isabel, Ordoñez Vera Martha, 2006, p.116-117).

La manera como se le haga ver a los menores su intimidad hacia sus conductas sexuales como es la exploración a sus genitales, va a ayudarlo a comprender el respeto que debe tener hacia su intimidad y hacia los demás, que no lo etiquete de forma negativa, si no como una conducta que requiere de privacidad.

La masturbación compulsiva, se puede observar que constantemente se toca o rozan el área genital con el borde de una escalera o de un sillón, por ejemplo. Cuando esto sucede, no hay que retarlos (para que su sexualidad no quede asociada a algo malo o prohibido) si no que se debe proceder a distraerlos (no resulta positivo dejarlos inmersos en esta conducta debido a que lejos de calmarlos, los altera cada vez más) para luego investigar sobre si pudo o no haber sido estimulado o abusado por un adulto (Cecilia López María, 2010, p.61).

Como se mencionó anteriormente que el niño empiece a explorar sus genitales y tocarlos, pueden ser conductas normales, a partir de los dos años puede que el niño empiece a experimentar a tocarse sus órganos sexuales sin que se masturbe, después de los 6 años puede ser que los menores empiecen a buscar estimularse a través de frotarse con las manos o flotarse con los objetos para buscar una sensación de placer, cabe recalcar que cuando estas conductas suelen ser frecuentes hasta ocasionar una lesión en los órganos sexuales podemos sospechar de una conducta anormal y que puede ser indicador de que el menor este angustiado o ansioso por alguna situación que haya vivido.

3.7.3 Exhibicionismo

El exhibicionismo es otras de los indicadores en menores que pudieran haber sido víctimas de abuso sexual, que se caracterizan por ser personas tímidas o reservadas, con sentimientos de inferioridad y problemas para relacionarse, este trastorno se caracteriza por exponer sus genitales y excitarse a través de la sorpresa o impresión que esto genera a la gente, fantaseando con ello, puede que se masturbe durante la exposición de los genitales o después de ello, cuando recuerda estas conductas, también pueden ser conductas que el menor haya aprendido a partir de un modelo o como causa de haber sido objeto de abuso sexual.

Para su diagnóstico es necesario revisar el DIE-10 o el manual del DSM-V para valorar dicho trastorno y tomar la decisión correcta en cuanto su evaluación del menor y tratamiento.

Cuadro 8 Criterios del CIE-10 para el diagnóstico de exhibicionismo

Consiste en una tendencia persistente o recurrente a exponer los órganos genitales a extraños (normalmente del sexo opuesto) o a gente en lugares públicos, sin incitarlos o intentar un contacto más íntimo. Normalmente, aunque no siempre, suele haber una excitación sexual durante el periodo de la exposición y el acto suele terminar en una masturbación. Esta tendencia puede dar lugar a un comportamiento que se manifiesta solo en periodos de crisis o de tensiones emocionales, separados por otros periodos en los cuales está ausente el comportamiento exhibicionista.

Cuadro 8.1 Criterios del DSM-V para el diagnóstico de exhibicionismo

A. Durante un período de al menos 6 meses, excitación sexual recurrente e intensa de la exposición de los genitales de uno a una persona desprevenida, como lo manifiestan las fantasías, los impulsos, o comportamientos.

B. El individuo ha actuado de acuerdo con estos impulsos sexuales con una persona no consistente, las fantasías o impulsos sexuales causan angustia o deterioro clínicamente significativo en las redes sociales, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento.

Especifique si:

Excitado sexualmente al exponer los genitales a niños pre púberes

Excitado sexualmente al exponer genitales a individuos físicamente maduros

Excitado sexualmente al exponer los genitales a los niños pre púberes y a madura individual

Especifique los tipos:

En un entorno controlado: Este especificador es principalmente aplicable a las personas que viven en institucionales u otros entornos donde las oportunidades de exponer los genitales están restringidas.

En remisión plena: El individuo no ha actuado en los impulsos con una persona no consistente, y no ha habido angustia o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas de funcionamiento, durante al menos 5 años mientras se encuentra en un entorno descontrolado.

Asociación Americana de Psiquiatría, (2013). Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Es poco común en niños este tipo de expresión cuando se es víctima de abuso sexual, sin embargo, no debe menospreciarse cualquier manifestación anormal del menor, pues de ello depende su salud y bienestar para su sano desarrollo, lo cual es la obligación de los padres proteger a los menores y ayudarlos para su sano desarrollo físico, psicológico y social. Y

cualquier manifestación que le impida crecer y desarrollarse plenamente es muestra de no estar viviendo en un ambiente adecuado para su desarrollo.

CAPÍTULO 4- POR QUÉ UTILIZAR LA TERAPIA ASISTIDA CON PERROS EN NIÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Como se mencionó en los capítulos anteriores, los beneficios que tiene convivir con animal doméstico son varios, incluyendo entre ellos emocionales, sociales, psicológicos y físicos; los menores que pueden tener un perro de mascota y relacionarse con él, les benefician tanto en su vida personal y social, incluso es más fácil que se le incluyan a convivir socialmente con otros menores que se interesen por los animales.

Gracias a los perros, los menores quienes conviven con estos animales, desarrollan un mejor control de impulsos, un reconocimiento de sus propias emociones y el de los demás, esto como consecuencia de la empatía que desarrollan al convivir con los perros, además de mejorar su autoestima y autocuidado personal, pues el hacerse responsables de las necesidades e higiene de su can le ayuda a hacerse consiente de las propias, generando buenos hábitos de responsabilidad, como el alimentar a su perro, asearlo y demás necesidades, también es más probable que el menor desarrolle buenos hábitos, aumentando los juegos y actividades sanas para él.

La sola convivencia con los animales domésticos como los perros, son benéficos para los menores de edad, por ello se han considerado como una alternativa para la psicoterapia en niños que han sufrido alguna experiencia traumática, como una modalidad de tratamiento psicoterapéutico eficaz para menores que están temeroso a cualquier interacción con personas ajenas, incluyendo los psicoterapeutas.

La terapia asistida con perros es una modalidad de tratamiento psicoterapéutico con objetivo planificado, donde los animales de asistencia participan en el tratamiento y forma parte integral del tratamiento, dirigido por distintos profesionales capaces de hacer de este tratamiento algo benéfico para los niños, ya que se lleva a cabo reglas y normas para tener un control del tratamiento, lugar, personal, razas de canes y salud y bienestar de todos, incluyendo los animales de asistencia. Bryant (1990), demuestra “la existencia de posibilidades en la mejora de los beneficios terapéuticos mediante el empleo de animales de compañía con niños. En su trabajo estudió los posibles beneficios sociales, emocionales y la responsabilidad de los niños que poseían animales de compañía” (H. Fine Aubrey, 1987, p.217-218).

Los perros son alternativas eficaces para la psicoterapia, incluso hay mejor disposición del menor para el tratamiento psicoterapéutico, especialmente en los niños que han perdido la confianza en sí mismo y en los demás, los perros son estímulos visuales importantes, incluyendo aquellas razas de animales que pueden inspirarles confianza y mayor empatía. De acuerdo a Mallon (1992) destaca que “los animales no deberían considerarse como sustitutos de las relaciones humanas sino como un complemento. Se ha observado que los animales

parecen reducir las resistencias iniciales que el paciente puede presentar en las primeras fases de la terapia” (como se citó en H. Fine Aubrey,2003, p. 206).

Por ello los perros se han considerado alternativas eficaces para una intervención psicoterapéutica, pues además de transmitir a los menores la sensación de confianza, lo motiva a confiar y empezar a interactuar con el terapeuta, beneficiando desde la primera sesión y posteriormente logra que el menor pueda recuperar aspectos de su vida que se vean afectados, como podría ser su propio cuidado personal, la habilidad de socializar y la valía personal y autoestima. H. Fine Aubrey (2003) “[...] la habilidad para experimentar una interacción social gratificante con los animales, con el personal y con los otros niños, aumenta la autoestima y la probabilidad de que el niño deseara aprender en otros contextos” (p.182).

Los canes no solo resultan de gran utilidad al ser humano para desarrollar valores como la empatía, responsabilidad y mejor control emocional, sino que además son benéficos a los niños para mejorar su capacidad de socializar, es por ello que se han elegido a los perros como principal ayudantes para la terapia asistida con animales, por ser animales mejor adaptados al ser humano; como se revisó en los primeros capítulos el perro puede ser de los animales más fieles y con mayor variedad de razas adecuadas en su temperamento para ser entrenados y colaborar en un tratamiento psicoterapéutico con niños. Arkow (1982) sugirió que “el animal puede actuar como nexo de unión en la conversación entre el terapeuta y el paciente”. (como se citó en H. Fine Aubrey,2003, p.206). Así mismo “un terapeuta que realiza una terapia en presencia de un animal puede parecer, menos amenazador y, consiguientemente, el paciente puede sentirse más dispuesto a colaborar” (Beck et al,1986 como se citó en H. fine Aubrey,2003, p. 207).

La participación de un perro de asistencia psicoterapéutica es muy útil, a la hora de romper con las resistencias que tiene el paciente en la primera entrevista, pues es más fácilmente eliminar los miedos y la ansiedad que puede llegar a tener los niños en sus primeras sesiones, así como en las demás sesiones donde se le dificulte expresar algo por temor a lo que el terapeuta piense. “Debido a que la TAA puede ayudar a canalizar el interés de los niños por los animales en dirección más humanitarias, la TAA puede beneficiar no solo a los niños que sufren sino también a los animales (como se citó en H. Fine Aubrey,2003, p. 437)

Cabe mencionar que en esta interacción que se da durante las sesiones entre paciente y animal, también son los canes quienes deben de disfrutar de las sesiones terapéuticas, pues son sesiones terapéuticas donde participa el can y el menor en el tratamiento de una manera recreativa, por ejemplo, el menor participar en el aseo y cuidado del perro, donde puede cepillar el pelaje y ser consciente de la importancia de su aseo personal, o por otro lado adquirir conciencia de las necesidades del can como ser vivo, ayudando también a que el menor lo trate con respeto y sensibilidad.

Para la intervención psicoterapéutica debe establecerse los objetivos que se busca en la intervención, desde el primer vínculo entre el niño y el can, donde el psicoterapeuta plantea los ejercicios a realizarse junto con el perro. Peacock (1986) documento que “en entrevistas

en las que estaba presente su perro, los niños se encontraban más relajados y colaboraban más durante su visita, llegando a la conclusión que los perros podría reducir la tensión inicial y un contribuir a una atmosfera más cálida” (como se citó en H. fine Aubrey,2003, p. 207).

Los perros hacen sentir mejor a los niños les provocan alegría, paz y tranquilidad, son compañías adecuadas para los niños por que permiten poder expresarse y desarrollar valores como la empatía. No cabe duda que los perros son importantes aliados de los terapeutas, sobre todo a la hora de tratar a menores víctimas de abuso sexual, donde es muy importante poder transmitirles confianza y tranquilidad durante la primera entrevista, así como, en todo su tratamiento psicoterapéutico, pues experimentan situaciones muy duras como el abuso sexual, donde los menores sufren una variedad de emociones negativas, generándole en su mayoría resistencias al hablar sobre lo ocurrido, sin embargo, los perros resultan adecuados para facilitar las intervenciones y lograr calmar al menor. A lo que H. Fine Aubrey (2003) afirma que “La TAA también ha sido un éxito con niños que padecen problemas emocionales o físicos, así como con niños que han sido víctimas de abusos o abandono” (p.252).

Se mencionó los factores con los que se ve beneficiado el infante tras convivir con un animal, a lo que Bryant, (1990) aporta la siguiente información:

- El *factor de reciprocidad* como relacionado con la experiencia tanto de dar como recibí cuidados y apoyo del animal.
- el factor de *afecto perdurable* identifica la percepción del niño de la calidad duradera de la relación con su animal, este factor se centra en el concepto que el niño tiene de la permanencia de la unión emocional entre el niño y el animal.
- El tercer factor, llamado *afecto potenciado*, identifica la percepción que el niño tiene de que la relación niño- animal hace que él se sienta bien e importante. Este factor constituye un elemento crucial que agrupa la admiración y el afecto entre el animal y el niño.
- Finalmente, el *factor de exclusividad* hace referencia a la confianza interna del niño en el animal como confidente.

Para los terapeutas se trata de un factor fundamental a tener en cuenta. Es en el marco que un niño puede confiar en el animal de compañía para compartir sentimientos privados y secretos. “Se trata en ultimo termino, de generar confianza en el niño y de facilitar las posibles intervenciones futuras” (Soria y Hernández, 1994; Arruabarrena,1995, como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.32).

Por otro lado, cabe mencionar que la edad adecuada para trabajar con menores en las intervenciones asistidas con animales, es por lo regular a partir de los 7 años, ya que los niños pequeños suelen ser más bruscos con los perros, lo cual se procura también el bienestar del animal, lo que en niños más pequeños dificultaría la adecuada intervención psicoterapéutica con canes. De acuerdo a Bryan (1986) “descubrió que los niños de 7 a 10 años que manifestaban hacer confidencias a sus mascotas expresaban mayor empatía hacia sus

mayores que los niños que no tenían este tipo de relación”. (como se citó en H. Fine Aubrey,2003, p.436).

Sin embargo, no quiere decir que para niños menores de 7 años de edad la convivencia con animales domésticos como los perros no sea benéfica, pues incluso existen en otras asociaciones encargadas de trabajar el aprendizaje asistido con animales, donde no solo adquieren gusto por la lectura niños más pequeños, sino que, además, con ayuda del perro logran mejorar su capacidad lectora. Por otro lado, “los animales en el hogar, pueden contribuir a que los pequeños desarrollen un mayor sentimiento de empatía hacia los demás” (Bryan, s.f, como se citó en H. Fine Aubrey,2003, p.217).

Los perros son coterapeutas eficaces durante el tratamiento psicoterapéutico en niños que han sufrido algún tipo de abuso sexual o violencia, por que brindan tranquilidad y seguridad para los menores en cada sesión, además puede que los niños perciban el tratamiento como algo positivo y divertido para él. Así mismo, existen otros factores importantes que apoyaran a que un menor pueda sentirse apoyado y en confianza durante su tratamiento psicológico como el trato de su terapeuta y el rapport que pueda generarse entre ambos.

4.1 ENTORNO TERAPÉUTICO SEGURO, UN CLIMA DE ACEPTACIÓN Y CONFIANZA PARA EL NIÑO

No cabe duda que es muy difícil para los niños víctima de violencia, poder seguir una entrevista completa sobre lo ocurrido, así como su valoración, pues implica confesar a desconocidos la experiencia traumática, revivir recuerdos dolorosos y experimentar nuevamente parte de las emociones y sentimientos negativos que todo ello le provocan.

En especial los menores que han sido víctimas de abuso sexual, necesitan de un ambiente seguro, donde no se sientan incómodos o juzgados, sobre todo cuando se trata de su primer entrevista, el cual es necesario conocer los detalles para su evaluación y que pueda expresar sus sentimientos y emociones; para ello necesitan los niños de un contexto tranquilo, que puede brindársele confianza, y esto es posible sobre todo, si se incluyen los perros de asistencia durante el tratamiento, disminuye la sensación de ansiedad no amenazante para el niño, generándole un ambiente tranquilo, donde se sienta aceptado, ya que estos animales de asistencia brindan afecto y la sensación de calidez hacia el paciente.

Como ya se mencionó, para una adecuada intervención psicoterapéutica es necesario que el menor logre sentirse seguro, aceptado y que confié en el terapeuta; que este en un ambiente tranquilo y que desde la primera entrevista logre el terapeuta el rapport; esto es posible cuando se utilizan animales de asistencia, como los perros, capaces de apoyar en cada sesión, pues transmiten a la menor confianza y baja los niveles de ansiedad, además de evitar sentirse

juzgado, ya que los perros logran ser un apoyo emocional para el niño, cuando no puede confiar fácilmente en los adultos o desconocidos.

De acuerdo a Friedman (1983) “han demostrado que las personas presentan una disminución en la presión sanguínea y expresan verbalmente sentimientos de relajación en presencia de un perro” (como se citó en H. Fine Aubrey, 2003, p.213). Los perros influyen positivamente para disminuir la ansiedad que genera para los niños al exponerse a un lugar o persona desconocida y poder tolerar de una mejor manera la entrevista sobre el abuso sexual al que el niño fue víctima, pues logra sentirse apoyado y escuchado disminuyendo las resistencias al hablar. “De la misma manera, la presencia tranquila y amistosa de los animales se asocia con la seguridad y con un sentimiento inducido de relajación en los humanos (Katcher y Wilkins, 1993 en H. Fine Aubrey,2003, p.431).

Los perros son animales sociables y cariñosos, por ello que se han integrado en distintas asociaciones de terapia asistida con animales, para llevar el tratamiento psicoterapéutico con razas de perros más factibles para terapia, para tratar a menores de edad que hayan vivido una experiencia traumática y dolorosas como puede ser el abuso sexual, ya que los menores que han sufrido algún tipo de violencia, han perdido en su mayoría la confianza en sí mismos y en las demás.

Holescher y Garat (1993) sugieren que, “las personas con dificultades, al dirigirse con un terapeuta con un animal, frecuentemente encuentran en los animales un catalizador para el dialogo” (citado en H. Fine Aubrey, 2003, p.210). Así mismo, Mallon (1992) destaca que “dentro del marco de una relación terapéutica, los animales deben considerarse como ayudantes” (citado en H. Fine Aubrey, 2003, p.210).

Los perros son coterapeutas en el tratamiento psicológico porque tienen una participación activa en el tratamiento, donde son entrenados para actuar y apoyar durante las sesiones, generando un ambiente de confianza y tranquilidad para el menor, donde se evite con la selección y entrenamiento de canes, perros con temperamento más agresivos así como conductas que podrían asustar al menor, por ejemplo: que ladre al entrar el niño por primera vez o que gruñe cada vez que intente acariciarlo, aunque esta última conducta del perro suelen ser proyecciones el menor hacia el perro, asociándolo que no les guste que los toquen, como consecuencia del abuso que fue víctima.

Evitar conductas hostiles de los canes de asistencia, es asegurar una adecuada intervención psicoterapéutica, donde se pueda apoyar al menor a generar una mejor confianza con el animal de asistencia y recabar los datos necesarios para descartar que el menor pueda seguir en peligro tras convivir con su agresor. De acuerdo con Cantón y Cortes, (1997); Mas (1995) “el objetivo inmediato de la evaluación es garantizar la seguridad de la víctima y protegerla de un nuevo abuso, de otra forma de maltrato o de las posibles amenazas por haber revelado lo ocurrido” (como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.55)

El contexto del acto abusivo no se refiere solamente a las características del suceso o a las circunstancias concretas del mismo, sino también al ambiente de la familia y de la comunidad anterior al abuso y que

puede haber contribuido a que este tuviera lugar o ser responsable directo de los problemas que presenta el niño, así como a las reacciones del entorno ante la revelación. (Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.55)

Como se mencionó el agresor no es el único que podría perjudicar al menor con el abuso, la familia cercana del menor también podría afectarlo, cuando no lo apoyan o le dan la espalda por haber confesado el abuso, responsabilizarlo de los problemas familiares que se viven o incluso etiquetarlo de mentiroso, son algunas de las acciones que lo afectan.

Sin embargo, cuando el terapeuta pueda detectar la falta de apoyo por parte de su familia, podrá intervenir con su núcleo familiar para apoyar al menor, ayudar a disipar los prejuicios y dar indicaciones para poder confiar en el relato del menor, así mismo se le apoya al niño para evitar futuros abusos, logrando diferenciar las conductas de los adultos que podrían ser de riesgo.

Es fundamental enseñar al menor a distinguir cuando el acercamiento de un adulto posee intencionalidad sexual y no es una mera muestra de cariño y a identificar determinadas situaciones peligrosas asociadas a la agresión (estar solo (a) en la habitación, recibir peticiones insistentes para ayudar a bañarse o vestirse, etc.); así como poner a practica las estrategias adecuadas para evitarlas (decir no, pedir ayuda inmediatamente, contarlo, etc.) (Vázquez Mezquita, 1995 en Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.66).

No cabe duda que la familia es una red de apoyo importante para el menor, es la base para su sano desarrollo y poder superar la experiencia del abuso sexual, aunque, para muchos menores la familia es la principal fuente de violencia y abuso sexual, físico y emocional que viven.

Por ello, antes de iniciar una intervención específica con la familia de la menor víctima de abusos, es necesario asegurarse de que el niño no vaya a ser objeto de una nueva agresión sexual, a lo que Echeburúa y Guerricaechevarria, (1998), aportan la siguiente información:

- El abusador debe admitir su culpabilidad, estar de acuerdo con la terminación de ese comportamiento y permanecer, al menos inicialmente, separado de la víctima.
- Se debe capacitar al menor para informar de manera inmediata de ulteriores episodios de abuso.
- Los cuidadores del niño, la madre fundamentalmente debe mostrar su determinación de protegerlo en el futuro.

Los perros pueden brindar seguridad a los niños, después de haberse sentido traicionados y desvalorados por su núcleo familiar y social importante para ellos, sin embargo, no deben considerarse sustitos de las relaciones sociales, ya que, es importante relacionarse socialmente para desarrollarse adecuadamente, recuperar la seguridad y la valía personal, así como mejorar sus relaciones sociales futuras más sanas. Gunter Bunter (2002) afirma que “la interacción directa [con un animal doméstico] que incluye hablarle y tocarle, puede ser muy relajante en comparación con hablarle a otra persona, lleva a aumentar la tasa cardiaca y los niveles de estrés” (p.131).

Por otro lado, de acuerdo a Friedman (1993). “las percepciones positivas ante los perros, ayuda en la reducción de las respuestas al estrés” (como se citó en H. fine Aubrey, 2003, p.58). Es por ello que los perros son favorables en el acompañamiento de la terapia asistida con animales para los niños, sobre todo aquellos que han sufrido algún tipo de violencia; es por ello que diferentes asociaciones han invertido en el entrenamiento y cuidado de animales, para atención a menores víctimas de abuso sexual, como la asociación bocalan México, donde no exactamente tratan a menores víctimas de abuso sexual, pero si otros padecimientos donde la participación de los perros es importante en las sesiones con niños con autismo y otros padecimientos.

Por ello la importancia de considerar los beneficios que aportan los perros para proyectar al menor un ambiente seguro y más confiable a la hora de la primera entrevista y durante su tratamiento, porque deja de percibir la terapia como un tratamiento y puede verlo mejor como una oportunidad para divertirse y relajarse.

Los niños que sufren de algún tipo de violencia familiar así como de un abuso sexual tienden a menospreciarse, les perjudica en su sentimiento de valía y su autoestima, haciéndolos sentir en la mayoría de veces culpables y miserables; los animales, como los perros son idóneos para lograr que el menor pueda recuperar su confianza junto con la intervención psicoterapéutica, ya que a diferencia de una persona o el terapeuta, el animal no es percibido amenazante en la primera impresión, logrando su interacción con el niño de forma eficaz, reduciendo los prejuicios que pudiera generarse del psicoterapeuta y sintiéndose aceptado y amado en un ambiente seguro y armonioso.

4.2 LA EXPRESIÓN EMOCIONAL CON LA TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES A NIÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Durante la primera entrevista psicológica existen emociones negativas que puede experimentar la víctima de un abuso sexual, incluso puede que el menor se niegue a hablar del tema por miedo de lo que pueden pensar los demás, incluso teme sentirse juzgado por el psicoterapeuta; además de temer los cambios que habrá tras confesar el abuso al que fue víctima, sentirse avergonzado o culpable, o en su defecto no encontrar las palabras ni la manera de expresar lo vivido.

Tras la dificultad que el menor presenta al relatar lo vivido y empezar a expresar el dolor que ello le ocasiono, los psicoterapeutas deben de ser cuidadosos a la hora de saber cuándo y cómo entrevistar al menor, con ello beneficiaran a que el menor pueda confiar en el terapeuta y poco a poco expresar el dolor que ello le ocasiono para trabajarlo en cada sesión, pero ¿qué tan importante es para el paciente desahogarse, confesar todo lo que vivió y hacer catarsis?

¿De qué manera pueden ayudárseles a los niños víctimas de abuso sexual a expresarse y sacar estas emociones negativas?

La importancia de que un menor exprese la situación que ha vivido, le ayudara al psicoterapeuta conocer el dolor que el abuso le ha ocasionado, además de los detalles como quien es el abusador, frecuencia del abuso y durante qué tiempo ha sido víctima de una agresión sexual, en base a este tipo de información podrá evaluar el terapeuta del tipo de afectaciones que presenta el paciente, además de determinar que otras posibles consecuencias podría desarrollar de seguir conviviendo con el agresor, en caso de que se encuentre viviendo con este, con ello podrá descubrir de qué manera le afecta emocionalmente al menor, si el abusador se trata de un familiar o en efecto de su padre, pues en base al diagnóstico y el tratamiento el menor podrá ir asimilando la situación, hacer catarsis, lo cual implica permitirse expresar el dolor que siente y reconstruir su autoestima.

Es importante que allá un diagnóstico específico de cada niño y en base a este, se trate sin generalizar un tratamiento, ya que influiría factores como: la edad, la experiencia traumática, y si fue más de una ocasión el abuso contra el infante. Como se mencionó anteriormente la importancia que tiene que el menor pueda comunicar a su terapeuta aspectos importantes sobre la agresión, que pueda expresar las emociones negativas y desahogarse haciendo catarsis, pero para que sea esto posible, algunos terapeutas han implementado en psicoterapia incluir animales de asistencia para su participación en el tratamiento, ya que el perro de asistencia puede ser el medio por el cual el menor exprese más fácil sus emociones, donde a veces el terapeuta no es capaz de expresar simpatía al niño.

De acuerdo a Ross (1992) y Gonski (1985) “La TAA, además proporciona a los niños la posibilidad de mostrar su ternura y efecto y les ayuda a controlar y regular su propia conducta al desarrollar sentimientos de empatía hacia otros seres vivos” (como se citó en H. Fine Audrey, 2003, p.252). Es por ello que su participación ha sido considerada de gran ayuda y benéfica para muchos niños que han sido abusados y durante la entrevista donde el menor se niega a hablar ya sea por vergüenza o nerviosismo al expresar su caso, es sorprendente la participación que tiene el menor cuando hay un perro presente en su tratamiento, incluso su avance en la terapia es mejor y en un menor tiempo.

Los perros de asistencia, son buenos para facilitar la interacción del paciente con el psicólogo desde la primera sesión; los niños tratados en terapias asistidas con animales se han beneficiado en su tratamiento psicoterapéutico en diferentes consecuencias que el abuso le ha generado, por ello la importancia de incluir a estos animales junto con los procesos terapéuticos. De acuerdo con H. Fine Audrey (2003) “Gracias a sus éxitos con los animales, muchos niños son capaces de mejorar su autoestima y así tener más confianza al enfrentarse a nuevas tareas” (p.252)

Es muy difícil para el menor volver a confiar en alguien, después de que algún familiar le ha dado la espalda o es en su familia donde es víctima de abuso, incluso pueden algunos

menores interpretar indiferencia por parte del terapeuta a su dolor y ello le puede generar desconfianza al tratamiento y sensación de poca importancia o indiferencia del terapeuta.

De acuerdo a Myers (1998) “Un animal no provoca situaciones divididas o confusas [...], puesto que no emiten mensajes verbales que no coincidan con los mensajes no verbales” (como se citó en H. Fine Aubrey, 2003, p. 435). Lo que facilita la relación de los niños con los animales, es el aumento de la confianza y sinceridad que estos proyectan, además es más fácil que se sientan cómodos y a gusto hablar o interactuar con los demás cuando conviven con animales. “Una manera de iniciar algunas sesiones en TAA es que el terapeuta hable con el animal en lugar de hablar directamente con el niño. De esta manera, el niño no se siente amenazado y muy a menudo participa en la conversación”. (H. Fine Audrey, 2003, p.252).

De esta forma, el menor no solo podrá expresar aquellas emociones que ha reprimido o tener una mayor interacción con el terapeuta, sino que además con ayuda del animal de asistencia el terapeuta puede intervenir mejor en su tratamiento, evitando aquellas posibles transferencias negativas durante el tratamiento.

La participación que el menor logra tener con la inclusión de los animales de asistencia durante la psicoterapia, beneficia al menor a hablar sobre el abuso que fue víctima y con ayuda del psicoterapeuta lograra sanar, reconocer ideas irracionales que tiene sobre el abuso y de sí mismo.

Con la terapia asistida con animales podrá evitar que el menor víctima de abuso sexual siga sintiendo culpable o responsable de la situación que vivió, aliviar la carga emocional que presenta, disminuir sentimientos de vergüenza, además de que podrá ser capaz de mejorar su autoestima, valía personal y disminuir sentimientos de tristeza, depresión o ansiedad; lo cual implica que el menor deje de verse como alguien responsable quien permitió el abuso o lo provoco, distinguir al abusador como único responsable de sus actos y distinguir las futuras situaciones de riesgo.

4.3 LA AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL A NIÑOS VÍCTIMAS DEL ABUSO SEXUAL CON TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES.

Los menores de edad que han sufrido algún tipo de agresión sexual, les es muy difícil confesar lo ocurrido, puede que algunos jamás lo hablen, por temor, vergüenza o porque no saben a quién confiarles, se sienten solos; pero este dolor emocional que reprimen será manifestando más tarde con problemas en su vida diaria, ya sea física, emocional y conductual; lo cual son aspectos que pueden notar sus padres o cuidadores y que se interesen por la salud psicológica del menor podrán atenderlo, aunque no todos los menores con abuso sexual tienen la oportunidad de ayudárseles con tratamientos psicológicos, sin embargo, cabe

recalcar que durante la entrevista psicológica, los menores tienden a sentir miedo y presentar resistencias de hablar con el terapeuta, además, que al recordar la experiencia de abuso es difícil para ellos controlar sus emociones, pues un conjunto de sentimientos negativos podrán invadirle, haciendo que el menor reviva la experiencia de abuso sexual.

El objetivo último es facilitar que el niño dirija adecuadamente el atracón emocional que ha experimentado y que es responsable en los síntomas existentes. Así mismo es necesario que el terapeuta desmonte las creencias que han llevado al niño a negar lo sucedido y le ofrezca alternativas tolerables de aceptación de lo ocurrido (Mezquita, 1995, como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000, p.68).

Para el control de emociones que ha experimentado el menor después del abuso sexual, es necesario que durante la primera entrevista el psicoterapeuta empiece a intervenir para ayudarlo a tranquilizarse, le ayude a manejar sus emociones. Las emociones negativas que un menor puede experimentar ante el abuso sexual pueden ir desde enojo o ira, miedo, culpa, vergüenza, aberración y ambivalencia en los casos de ser el agresor alguien cercano al menor o que se ganó su confianza.

El entrenamiento de control de ira puede enfocarse a tres puntos fundamentales a lo que Cantón y Cortes, (1997) aportan la siguiente información:

- La fase de preparación cognitiva, en la que se informa al niño sobre la naturaleza y la función de la ira.
- La fase de adquisición de habilidades, en la que se le enseñan al menor las diferentes estrategias para hacer frente a sus sentimientos de ira y la manera de utilizarlas.
- La fase de aplicación práctica, en la que se le expone al sujeto a estímulos evocados de ira, siguiendo una secuencia jerárquica, y se le insta a que utilice las estrategias aprendidas.

Además de las técnicas que el psicólogo puede utilizar durante la intervención, para algunos menores de edad puede lograr mejores resultados cuando es utilizada junto con la terapia asistida con animales, donde se busca con ayuda del perro de asistencia que el menor pueda sentirse menos ansioso, tranquilo y logre controlar estas emociones negativas. Además de ayudarlo a sentirse en confianza desde la primera entrevista, con la terapia asistida con animales, también se logra tratar distintos problemas que el menor manifiesta tras el abuso sexual.

El abuso sexual infantil afecta en distintos ámbitos de la vida del menor, social, familiar y escolar, así mismo la seguridad y valía personal del menor también se ven afectados. De acuerdo a Hundley (1991) “La TAA puede también fortalecer los sentimientos de autoestima y de la propia dignidad de pacientes” (como se citó en H. Fine Aubrey, 2003, p.253). Poresky y Hendrix (1990) y Covert (1985) sugieren que “las tenencias, de animales de compañía pueden ser extremadamente útil para potenciar la autoestima de los niños y sus habilidades sociales, así como un sentimiento de empatía” (como se citó en H. Fine Aubrey, 2003, p.217)

Los animales de asistencia son idóneos para bajar los niveles de ansiedad y tensión en niños víctimas de abuso sexual, desde la primera intervención; cuando los niños son tratados con esta modalidad de tratamiento psicoterapéutico, pueden percibirse la diferencia con que se regula sus emociones con la presencia del perro de asistencia. Ya que logran sentirse más seguros, disminuir la ira o enojo, por lo que se ha considerado los perros uno de los animales adecuados para trabajar con los niños durante sus sesiones en distintas actividades terapéuticas, siendo los animales de asistencia una parte importantes del tratamiento.

Los menores que son atendidos mediante la terapia asistida con animales, pueden canalizar mejor su dolor, mejorando su seguridad, además de que los niños logran sentirse apoyados a la hora de contar el abuso vivido, pues los animales les genera la confianza de no ser juzgados disminuyendo la sensación de vergüenza y culpa, y durante la catarsis en la primera entrevista los menores reaccionan mejor cuando se encuentran los animales de asistencia.

Los animales de asistencia como los perros, son sociables y empáticos, transmiten confianza al menor y son capaces de mejorar aspectos en su tratamiento que en psicoterapias sin animales de asistencia no se lograrían, debido a que favorecen la colaboración y empatía al tratamiento que algunos niños no tienen con el psicoterapeuta, gracias a este tipo de psicoterapia logra motivar al menor a terminar su tratamiento.

4.4 REDUCIR LOS NIVELES DE TENSIÓN, ANSIEDAD EN LOS NIÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL.

Cuando un niño sufre de maltrato, así como de abuso sexual, empiezan a manifestar el temor que ello le ocasiona, reflejando su ansiedad de distintas maneras, a través de problemas físicos, alteraciones en su forma de comer, falta de control de esfínter, problemas de sueños como pesadillas o terrores nocturnos y cambia su comportamiento, manifestando algunas conductas hostiles.

Gracias al tratamiento psicoterapéutico asistido con animales, se logra controlar la ansiedad y tensión a causa del temor que el menor desarrolla al vivir en un ambiente hostil, beneficiando a los niños con los perros de asistencia, la sensación de tranquilidad, ya que se sienten cómodos y familiarizados con el animal, además de que son ideales al brindar consuelo. Baun et al. (1984) afirman que “los animales poseen un efecto tranquilizador sobre las personas y reduce su nivel de excitación”. (como se citó en H. Fine Aubrey, 2003, p.207).

La compañía de los animales de asistencia es benéfica para la salud mental, puede verse un aumento en los niveles de felicidad en los menores que han vivido una experiencia traumática, existe un progreso en la forma de los niños para relacionarse con los demás, su autoestima

aumenta, además de que los perros de asistencia producen una mejoría del estado de ánimo, disminuyen los niveles de ansiedad.

Para Cabra (2012) “Entre las aplicaciones de la TAA se encuentra la reducción del estrés, acariciar a un animal reduce el estrés, además, la presencia de un animal contribuye a reducir problemas cardiovasculares” (como se citó en Gonzales Ramírez Mónica teresa y Landero Hernández Rene, 2013, p.37). Durante el tratamiento psicoterapéutico es importante ayudar al menor a adaptarse a su entorno y superar a aquellos estímulos que asocie a un peligro irracional.

Las técnicas de exposición, en el caso de ser necesarias pueden enfocarse a tres puntos fundamentales a lo que Echeburúa y Guerricaechevarria, (1998,2000) aportan la siguiente información:

- En primer lugar, a exponer a la víctima a estímulos no peligrosos (hablar con los adultos normales, por ejemplo) que evocan respuestas de ansiedad y de evitación en la vida cotidiana.
- En segundo lugar, a recuperar de forma gradual actividades que son gratificantes (por ejemplo, salir a la calle, relacionarse con amigos y amigas, conocer nuevas personas, etc.).
- En tercer lugar, a exponer a la víctima a los pensamientos intrusivos y pesadillas (si es que las hay) y a entrenarlo (a) en técnicas de distracción cognitiva.

Por otro lado, Echeburúa y Guerricaechevarria (2000) sugiere que “las técnicas de exposición en caso de ser necesarias, se puede incluir una técnica de relajación, debido principalmente a que, además de disminuir la ansiedad y facilitar el sueño, favorece el sentimiento de control de la víctima y propicia una autovaloración más positiva” (p.72). Para un mejor manejo de emociones negativas del menor, se ha acompañado la intervención psicológica con animales de asistencia, para modificar los distintos pensamientos cognitivos del menor y lograr mejorar las emociones que le generan ansiedad.

De acuerdo a Eggima (2006) Inclusive en intervenciones de estrés postraumático, se mostraron buenos resultados, como el caso de una niña de 10 años con historia de abuso sexual, donde el perro participaba solo como reforzador y la interacción con el paciente se limitaba a ser acariciado y recibir premios de comida. (como se citó en Gonzales Ramírez Mónica teresa y Landero Hernández Rene, 2013).

4.5 INTERVENCION ASISTIDA CON PERROS EN NIÑOS CON ABUSO SEXUAL.

Cabe mencionar que la Terapia Asistida con Animales es ideal para la mayoría de niños, sin embargo, es necesario que antes de una intervención de TAA, se le haga saber al paciente

sobre la participación del perro en cada sesión, valorando antes si para el menor es idóneo el tipo de tratamiento, donde participara el paciente, el perro de asistencia y el psicoterapeuta.

La terapia asistida con animales brinda distintos beneficios, por ello que se ha considerado como una alternativa para niños víctimas de abuso sexual, durante las sesiones se motiva al menor a aumentar su interacción verbal, mejorar su capacidad de atención, concentración y autoestima, bajar los niveles de ansiedad, así como disminuir sentimientos de soledad; mejorando mucho su salud psicológica y emocional que se vio alterada tras sufrir el abuso sexual.

Durante las primeras visitas, se realiza la evaluación psicológica del menor, se analiza la coherencia del testimonio con el comportamiento, las emociones y pensamiento del infante, para saber si es víctima de abuso sexual, donde el psicólogo, toma en cuenta una serie de características para saber sobre el caso.

De acuerdo a Steller (1989-1992), para distinguir la veracidad del abuso relatado por el infante, víctima de abuso sexual, propone cinco categorías:

- Características generales: Los criterios que componen esta categoría se refiere a la declaración tomada en su totalidad y están orientados a valorar tanto la consistencia lógica del relato- es decir la coherencia global al integrar toda la información proporcionada por el menor-, como la abundancia de detalles aportados.
- Contenidos específicos: esta categoría engloba aquellos criterios referidos a la riqueza de los contenidos concretos. Por ello, se incluyen tanto la descripción por parte de la víctima de determinados contenidos específicos- acciones y reacciones propias y el agresor, interacciones verbales entre ambos, etc.- como la ocurrencia de algún incidente inesperado durante la experiencia abusiva.
- Peculiaridades del contenido: estos criterios evalúan la presencia de detalles o referencias que aumentan la concreción y viveza del relato. Se valora en este caso la referencia a detalles poco habituales, superfluos que no son comprensibles para la víctima (aunque si para el entrevistador), así como la descripción del estado emocional propio o del agresor hacia conductas sexuales o íntimas de la víctima o del mismo.
- Contenidos referentes a la motivación: se incluyen criterios que permiten extraer información sobre la motivación del niño para hacer la revelación y que permiten igualmente evaluar el grado de credibilidad. En concreto, están orientados a valorar la existencia de rectificaciones o de reconocimientos de fallo o dudas a la hora de recordar el suceso. Así mismos e incluye en este apartado, como indicadores de credibilidad, la presencia de expresiones de autocrítica sobre su propio comportamiento u orientadas a justificar la conducta del agresor.

- Elementos específicos de abusos sufridos: el último criterio incluido en esta categoría recoge los detalles característicos de la agresión supuestamente sufrida y cuya presencia favorecería la confirmación de la misma.

Así mismo, de acuerdo a Steller y Koehnken (1989) “La declaración debe ser puntuada tomando en consideración las capacidades verbales y cognitivas del niño, así como la complejidad de los sucesos ocurridos” (como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, p34).

Por otro lado, la evaluación psicopatológica del niño debe abarcar tanto los factores que normalmente son evaluados en la clínica infantil (ansiedad, depresión, autoestima, adaptación social etcétera) como aquellos comúnmente considerados como secuelas del abuso sexual (miedos, conductas de evitación sentimientos de culpa etc.) (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, pp. 58-59)

La terapia asistida con animales es ideal para menores que han sufrido algún tipo de agresión sexual, porque son percibidas por el menor, como un lugar donde puede divertirse y distraerse, en vez de verlo como solo una consulta psicológica, donde se enfocaran en su motivo de consulta principal.

Algunas de las técnicas psicoterapéuticas en terapia asistida con animales, utilizadas para menores víctimas de abuso sexual (Divulgación dinámica, 2020; Mariscal Teo y Arizabal 2010) son:

- 1- Saludar y pasear al perro durante la primera evaluación:
 - El psicoterapeuta junto con el perro de asistencia recibe al menor, le saludan y le dan la bienvenida, durante el paseo el animal y el terapeuta se muestran tranquilos.
 - En el paseo el terapeuta le puede dar indicaciones al menor de como poder comunicarse con el can, con él, su nombre y como dirigirse a este.
 - Posteriormente se puede proceder a la entrevista, donde el menor comparta su motivo de consulta; cuando el menor no desea hablar del abuso puede hacerle otro tipo de evaluación proyectiva, para que después ayudado con el animal de asistencia motivarle a hablar sobre lo sucedido.
- 2- Actividades para disminuir la ansiedad y mejorar el control psicofisiológico
 - Practicar ejercicios de relajación con el perro.
 - Tumbarse junto al perro y escuchar los latidos del corazón del can, así como su respiración.
- 3- Actividades para mejorar la autoestima.
 - El menor trabaja y aprende a guiar y controlar al perro.
 - Realiza actividades con un alto porcentaje de éxito a las que sigan elogios o recompensas.
 - Motivar el cuidado e higiene del can, como el cepillado de su pelaje, el baño y acariciarle, genera un vínculo importante no solo entre paciente y el perro, sino

también entre el paciente y el terapeuta, que permite proporcionarle seguridad, misma que le proyecta el can al menor.

- Participar en el cuidado del perro de asistencia, así como controlar los niveles de ansiedad del menor, ayuda en la confianza hacia el terapeuta, sobre todo cuando no se tolera el acercamiento hacia otras personas, además de que se disminuye la tensión.

4- Actividades para tomar responsabilidades.

- El menor colabora en darle de comer al perro, así como algunos cuidados, y necesidades básicas de alimentación y aseo.
- Con ello además de motivar la responsabilidad mejora la empatía del menor con otras personas y seres vivos, y se crea conciencia sobre las necesidades de los demás.

5- Esquema corporal

- Se memoriza el nombre del perro, se trabaja en identificar la anatomía del perro, identificando algunas partes de su cuerpo expresándose correctamente, se aprende sobre el cuidado del perro, sus costumbres y necesidades.
- Con el objetivo de facilitar su expresión del menor a la hora de hablar sobre su propio cuerpo en sesiones posteriores.
- Se trabaja sobre la prevención del abuso y el respeto de su cuerpo, donde el menor tiene el derecho de negar y expresar lo que no le guste y evitar le toquen o besen.
- Tiene además la ventaja con este ejercicio de estimular la memoria y atención del menor, recordando aspectos importantes del can.

6- Actividades físicas

- Se estimula sensorialmente a través de juegos con el can, donde participan el menor y el perro de asistencia en carreritas, jugar con su pelota, circuitos de motricidad, ayudan a aumentar su empatía y la expresión simbólica y emocional.
- Este juego ayuda a ver las sesiones terapéuticas como un ambiente donde puede vivir el aquí y el ahora, dejar de lamentarse por el pasado y temer al futuro, sintiéndose seguro y protegido.
- También beneficia a visualizar el tratamiento como algo positivo y divertido y no solo como un lugar donde le hacen recordar lo sucedido y sentirse avergonzado de confesar lo que ha sufrido.
- Además de mejorar su motricidad.

7- Actividades para ayudarlo a interactuar

- Se basa en la interacción con el animal y el juego.
- Se le indica al menor que hable y escriba sobre el can.
- Se le enseña a darle ordenes gestuales y verbales.

8- Caminata con el perro de asistencia

- Mientras caminan la niña va creando en su mente ideas para redactar un cuento proyectivo.
- El perro puede ser su oyente donde la niña va exteriorizando sus ideas.
- Refuerza la sensación de equipo.
- Se trabaja el duelo y cuestiones a asimilar.
- Se refuerza la expresión simbólica y emocional.

9- Representación de la historia (cuento)

- Con el perro de asistencia representan su obra en un mini teatro
- El perro da la sensación de acompañamiento y seguridad, la niña decide qué papel representa cada uno.
- Se facilita la interacción social.
- Hay una disminución del temor y ansiedad.
- Se mejora la expresión verbal, así como la expresión de emociones proyectados en el cuento.

Todas estas técnicas psicoterapéuticas con el perro de asistencia, se trabajan junto con el psicólogo encargado de ayudar al menor en su evaluación, expresión y sanación de sus emociones, donde es importante la participación del psicólogo con la ayuda del can para el tratamiento del menor y su pronta recuperación.

Cabe mencionar que muchos de los problemas psicológicos que estos menores manifiestan es por la ansiedad de vivir un hecho traumático o de vivir en un ambiente violento y hostil, el cual muchas de las técnicas utilizadas en la TAA, benefician en su disminución y eliminación de la sensación de ansiedad.

La primera impresión que proyecta un animal durante la primera sesión es de confianza, ofrece una cordial bienvenida, además de evitar dar la impresión de hacer prejuicios, transfiriendo la sensación de compañía, apoyo y cariño al menor. De acuerdo con Bonner (1999) “[...] el objetivo terapéutico no es un trastorno concreto, sino una experiencia emocional desadaptada (el abuso sexual), que no se limita a una serie de síntomas o problemas comportamentales (como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, p113).

La terapia asistida con animales brinda distintos beneficios a los/las menores víctimas de abuso sexual, ya que hay un aumento en su interacción social, así como en su atención y concentración, mejora su autoestima, baja los niveles de ansiedad o incluso se eliminan, igualmente desaparecen la sensación de soledad y motiva la participación del menor en el tratamiento y que este no lo abandone.

A diferencia de un tratamiento psicoterapéutico sin animales, de un tratamiento psicoterapéutico con animales, puede potencializar la confianza y apoyo emocional cuando hay un animal de asistencia presente, facilita la catarsis del/la niño(a) en un tiempo menor del tratamiento ya que aumenta la sensibilidad del paciente, ayudándolo a expresar lo que no ha expresado, controlando sus niveles de ansiedad, esto gracias a que mejora el vínculo con su

psicoterapeuta, el menor se siente libre de mostrarse como es, sin sentirse juzgado por el canal de asistencia, además de a ver una recuperación pronta.

CAPÍTULO 5- METODO

5.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Los perros son una alternativa para el tratamiento psicoterapéutico para niños de 6 a 13 años víctimas de abuso sexual?

5.2 HIPÓTESIS DEL TRABAJO

Los perros son una alternativa favorable a la psicoterapia asistida con animales, por que brindan un ambiente de confianza y transmiten seguridad durante la primera sesión, ayudando a expresar mejor las emociones y resistencias durante el tratamiento en niños víctimas de abuso sexual.

5.3 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

El enfoque de esta investigación es cualitativo de tipo exploratorio, ya que es el que mejor se adopta a las características y necesidades de la investigación, que tiene como finalidad describir los beneficios de la psicoterapia apoyada con animales de asistencia.

Tipo documental con el objetivo de buscar la eficacia de la Terapia Asistida con Animales, en específico las razas y características de perros idóneos para apoyar en la psicoterapia a niños abusados, donde se traten los distintos trastornos provocados por el abuso sexual infantil, a través de distintos artículos que documenten la eficacia y el tipo de enfoque utilizado en las distintas asociaciones e instituciones.

5.4 POBLACIÓN

Para este estudio se retomaron las características de la población más vulnerable de abuso sexual infantil, donde se destaca la población en edades de 6 a 13 años de edad, así mismo la edad de niños que mejor se adapten al tipo de tratamiento asistido con animales.

5.5 VARIABLES

5.5.1 Variables independientes

- Abuso sexual infantil
- Violación

5.5.2 Variables dependientes

- Problemas emocionales y psicológicos
- Problemas conductuales y de relación social
- Problemas físicos
- Problemas en su sexualidad

5.6 CATEGORIAS

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Abuso sexual Infantil	El abuso sexual es una forma de maltrato infantil, donde incluye un amplio espectro de acciones, aunque no siempre implica un contacto físico, podría pasar desapercibido o incluso restarle importancia ya que se ignora que el acoso, exhibicionismo de los órganos sexuales de los adultos o tocar sus partes íntimas del menor es parte de un abuso sexual que afecta su desarrollo.
Violación	En menores de edad jamás existe un consentimiento del niño para tener relaciones sexuales, pues carecen de libre discernimiento sobre la sexualidad, además de que son comúnmente chantajeados, amenazados y manipulados para que acepten tener relaciones sexuales.

Variables dependientes:

<p>Problemas emocionales y psicológicos</p>	<p>Los sentimientos de asco, culpa y vergüenza serán de los que más invadan la mente del menor después de un abuso sexual, sin embargo, también pueden desarrollar los siguientes trastornos: Trastornos Depresivos, existe una pérdida de interés en las actividades que comúnmente le agradaban, puede causar dificultades en su vida cotidiana y con sus seres queridos que le rodean. Trastorno de Ansiedad, en menores pueden sufrir miedos intensos y preocupaciones excesivas por la situación de abuso que sufrió. Trastorno por Estrés Postraumático donde se puede evocar recuerdos desagradables, además de pesadillas y reaccionar exageradamente por estímulos que le recuerden la experiencia vivida. Baja Autoestima, los menores agredidos sexualmente pierden la confianza en sí mismos, además de sentirse sucios, no se sienten cómodos con su cuerpo pues su intimidad es agredida.</p>
<p>Problemas conductuales y de relación social.</p>	<p>El menor perderá motivación para relacionarse con los demás el cual podría provocar: Aislamiento y Ansiedad Social, los menores abusados pueden perder interés por relacionarse con sus amigos, reducirán sus interacciones, así como desarrollar temor por aquellas personas que le recuerden al abusador. Hostilidad, los niños que sufren de violencia se vuelven empáticos y agresivos con los demás. Déficit de Habilidades Sociales podría también desarrollar dificultades para relacionarse o comunicarse con los demás, como consecuencia de la falta de control emocional</p>
<p>Problemas físicos</p>	<p>Además del daño físico por la desproporción anatómica del adulto y el menor durante una violación también puede desarrollar: Trastorno de la conducta alimentaria es como consecuencia de una tendencia a sufrir conductas autodestructivas, además de una insatisfacción con su cuerpo, baja autoestima y sufrir de autocríticas sobre su cuerpo. Pérdida de control de esfínter, existe una emisión involuntaria de orina por el menor que podría proyectar temor y ansiedad por estar expuesto a eventos estresantes. Pesadillas y problemas de sueño, puede proyectar temor del menor por quedarse dormido y que no esté alerta si el abusador se acerca o sufrir recuerdos del abuso sexual durante las noches.</p>
<p>Problemas sexuales</p>	<p>Conocimiento sexual precoz permite percibir que el menor ha sido abusado, pues describir un acto sexual es un ejemplo de que ha experimentado el acto sexual o incluso tiene acceso a la pornografía. Masturbación compulsiva y Exhibicionismo, es una forma de estimulación que el menor puede buscar tras experimentar tener relaciones a una edad temprana.</p>

CAPITULO 6- ANALISIS DE CONTENIDO

Se presenta en el siguiente análisis de contenido algunas de las citas de artículos relacionados a la Terapia Asistida con Animales y sus beneficios en la aplicación con niños que han sufrido abuso sexual, donde se puede encontrar algunos casos donde la terapia psicológica con canes ayudo mucho al menor para disminuir diferentes patologías que le genero el abuso, así como las ventajas para el terapeuta para proyectar más confianza al paciente y facilitar su intervención, para verificar la eficacia de la TAA como un alternativa a niños víctimas del abuso sexual.

Terapia Asistida con animales.

CATEGORÍAS	CITAS	SUBCATEGORIAS
<p>1- Criterios de niños víctimas de abuso sexual para participar en TAA.</p>	<p>*García Fernández Dimas Ángel (2017) afirma que, "no todos [...] son susceptibles de poder ser tratados a través de animales coterapeutas por distintas razones (alergia al animal en cuestión, no le gusta el animal coterapeuta, sufrió algún tipo de violencia con el animal como herramienta de amenaza, etc.)" (p.23) de acuerdo al autor es la razón para no considerar a estos pacientes candidatos para el tratamiento.</p> <p>* "La intervención con [...] niños resulta fundamental y tal como hemos podido observar, los animales y en concreto los perros pueden y han podido aportar un recurso muy especial en el abordamiento de una problemática tan complicada como el abuso sexual infantil" (como se citó en Teo Mariscal, 2010, p.1).</p> <p>*[...] el rechazo de un animal hacia una persona convaliente</p>	<p>1.1 Características de los perros idóneos para la TAA en niños víctimas de abuso sexual.</p> <p>*La selección del animal adecuado es también parte del concepto de bienestar. Por su adaptabilidad, adiestramiento, cercanía y conexión con el ser humano, el perro es el animal seleccionado la mayoría de las veces. Además, resulta más sencilla la valoración de su conducta tanto previa como posterior. Su estabilidad y capacidad de comunicación permite adaptar el trabajo a cada destinatario/s específico/s. (Garay Laucirica Edurme, s.f. p.18)</p> <p>* En otro artículo, el encargado de introducir el animal en la terapia debe conocer a este a fondo. Sera preferiblemente su adiestrador o entrenador, habiendo superado como mínimo el entrenamiento en obediencia básica o hábitos de convivencia y habiendo superado los test de comportamientos exigibles para este tipo de programas. (Garay Laucirica Edurme, s.f. p.17)</p> <p>*Estos perros no pueden distraerse ante ninguna situación y han de estar capacitados para desenvolverse cómodamente en cualquier lugar donde se encuentren personas u otros animales, sin presentar signos de agresividad. Entre las razas de perros seleccionados como [...] perros de terapia, cualquier raza que cumpla las condiciones estipuladas. (como se citó en Oropesa Roblejo Pedro, García Wilson Isis, Puente Sanai Ventura y Matute Gainza Yergenia, 2009, p.5)</p> <p>* Así mismo Buil y Canals, 2011 (como se citó en García Fernández, 2017) describe unos criterios de selección del perro que han de tenerse en cuenta si se quiere seleccionar al perro/a idóneo de convertirse en coterapeuta:</p> <p>A) El perro debe encontrar en el entorno humano, por un lado, una jerarquía clara donde las personas ocupen el status más elevado y, por otro, un adecuado grado de interacción social. Ambas condiciones pueden lograrse en una institución cuando hay personas a las que el animal obedece y otras, como alumnos y pacientes, con los que se relaciona.</p> <p>B) Es muy importante que los animales que van a participar en un programa de TAA sean muy tranquilos y equilibrados. Los perros deben ser pacíficos, deben dejarse coger las cosas de la boca, nunca deben gruñir ni ladrar, tampoco deben enseñar los dientes, ni levantarse sobre las patas traseras y no deben pedir comida ni entrar en zonas prohibidas.</p> <p>C) La elección de un perro para un programa de terapia asistida debe basarse en la raza, el sexo y, en especial, la procedencia.</p> <p>M. C. Benedito, V. Caballero y J. A. López, 2017, afirman que, en general, la edad mínima (para los canes), que garantice una madurez necesaria para</p>

	<p>o en entrenamiento puede resultar contraindicado. Tampoco todos los posibles destinatarios son adecuados para recibir este tipo de actividad. Las personas con fobia o excesivamente reactivas a los animales, así como personas alérgicas no debieran incluirse en ellas. (Garadd Laucirica Edurme, s.f. p.17)</p> <p>* De acuerdo a los autores García Fernández y Garay, no serán candidatos al tratamiento aquellos niños con Alergias, fobias excesivas, que haya sufrido de agresión por un animal o que estos no le agraden, por otro lado, Teo Mariscal aprueba que la inclusión de los perros siempre es ideal para tratar a niños víctimas de abuso sexual.</p>	<p>la realización de las intervenciones es de 2 años, siendo los 5-8 años la óptima, y conflictiva (por envejecimiento) a partir de los 10-11 años (p.78)</p> <p>*De acuerdo a los autores, Garadd Laucirica, Oropesa Roblejo y Buil Canals, coinciden en que las características que deben de tener los perros de asistencia es que sean sociables, adaptables, tranquilos y que no tengan signos de ser agresivos como gruñir o ladrar a otros perros o verse intranquilo</p> <p>1.1.1 Características morfológicas</p> <p>* De acuerdo a Gutiérrez (2014) para ser perro de terapia cualquier raza es válida, aunque los más utilizados son el Golden y el Labrador Retriever. No se recomiendan:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) Molosos: (son un grupo de perros, caracterizados por tener una constitución musculosa y fuerte) por su gran tamaño puede intimidar al paciente. B) Con tendencia a babear: [...] pueden resultar muy antihigiénicos. C) Que suelten demasiado pelo: podrían provocar problemas de alergia. D) Con orejas y cola amputadas: su apariencia poco bondadosa puede dificultar el acercamiento del paciente. <p>1.1.2 Temperamento</p> <p>*A la hora de elegir el can quien acompañe el tratamiento es necesario basarse en su temperamento, por ello la fundación affinity, s.f. donde se menciona que es conveniente que antes de dar el paso se conozca bien el animal y su comportamiento. Podrá realizarse varias pruebas para la selección:</p> <ul style="list-style-type: none"> E) Confianza: es conveniente que tenga confianza en sí mismo. F) Agresividad: busca un animal con agresividad cero. G) Sociabilidad: debe ser un animal altamente sociable. H) Complacencia: deberá tener ganas de complacer a las personas. I) Motivación: un perro por sí mismo no se empleará a fondo en la terapia, debe ser motivado para la misma, si se hace correctamente desempeñara su labor con gusto y disfrutara de la actividad. <p>1.1.3 Razas</p> <p>* De acuerdo con Garay Laucirica (s.f) "La mayoría de los profesionales de TAA se han inclinado hacia la selección de razas de perros que tradicionalmente se han venido destinado a labores de perros de utilidad: Labrador Retriever, Golden, P. Alemán, Bóxer, etc." (p.18)</p> <p>* Puesto que únicamente las razas con un carácter equilibrado y pacífico, pueden servir como perros de terapia [...] el galgo español, transmite tranquilidad a pesar de su tamaño y, al ser delgado y fino, podría despertar el instinto de protección en las personas. Además, es un perro poco ladrador y de mirada tímida (Gutiérrez, 2014).</p> <p>*De acuerdo a Agudo Cabrera (2016), Es importante ser conscientes que, por el tipo de pacientes del proyecto, los perros que colaboran con ellos deben de haber recibido un adiestramiento adecuado, además de mostrar un carácter tranquilo, por ello solo se seleccionan cierto tipo de razas de perros: Labrador, Golden Retriever y Pastor alemán (p.27).</p> <p>* En relación a la raza, destacan el Labrador, Golden Retriever, Border Collie y Pastor Alemán, debido a sus grandes capacidades de interacción y comprensión, que consiguen amoldarse a cualquier tipo de característica o discapacidad. Aun que cualquier raza de perro, siempre y cuando este haya sido bien entrenado y educado [...] puede ser válido para TAP (Terapia Asistida con Perro). En cuanto a las características, se destacan las siguientes: ser muy tranquilo y maduro, capaz de soportar ruidos, movimientos, gritos y contactos fuertes. También tiene que ser capaz de esperar respuestas y ordenes [...]. La selección y el adecuado</p>
--	--	---

		<p>entrenamiento permitirá realizar distintas actividades. (como se citó Jara Gil, M.D. Y Chacón López, 2017, p.37).</p> <p>*De acuerdo a Garay Laucirica la raza de perros idónea son Labrador Retriever, Bóxer, Golden y p. Alemán, mientras que Gutiérrez solo menciona el Galgo español, por ser un animal tranquilo y equilibrado, sin embargo, Jara Gil menciona más razas idóneas para la TAA, como el Labrador, Golden Retriever, Borde Collie y pastor Alemán, por lo que Agudo Cabrera coincide en que el Labrador, Golden Retriever y Pastor alemán son ideales por ser tranquilos, las razas idóneas a la TAA pueden coincidir en cada autor, por transmitir confianza y tranquilidad.</p> <p style="text-align: center;">1.1.4 Requisitos</p> <p>De acuerdo a la fundación Affinity, s.f. algunas características necesarias para ser perros de terapia son:</p> <ul style="list-style-type: none"> J) Tienen que ser equilibrados: deben ser unos perros mentalmente, seguros y fuertes. K) Fiables: se trata de que posean esa cualidad de que un comportamiento suyo, previsto, tenga una alta probabilidad de suceder ante determinadas situaciones repetidas o similares. L) Dóciles: esto quiere decir que tenemos que poder controlar el comportamiento de los perros mediante el adiestramiento (obediencia básica). M) Deben resultar adecuados para una determinada tarea: esto significa estar cualificado para un fin determinado. N) Confiables: tienen que tener capacidad de inspirar confianza. O) Sociables: Los perros de terapia tienen que estar a gusto y disfrutar con el contacto humano. P) Seguros: no pueden ser perros miedosos y tampoco que tengan rasgos de agresividad hacia otros perros, ni mucho menos hacia las personas. Q) Sanos: no tienen que padecer ninguna enfermedad. Tienen que ser animales debidamente controlados por un veterinario, vacunados y con la cartilla en regla, deben estar desparasitados, tanto interna como externamente y físicamente limpios. <p>* No todos los perros son aptos para ser terapeutas. Lo primero es realizar un examen para detectar posibles patologías de comportamiento (fobias, agresividad.) que lo hagan inestables, en cuyo estado se destinaria como perros de servicio. En general se buscan que sean sociables, pacientes, con buen carácter, inteligentes y que aprendan con facilidad (Gutiérrez, 2014).</p>
<p>2 Las consecuencias en niños víctimas de abuso sexual.</p>	<p>* Es característico que niños que hayan pasado por situaciones de abuso o maltrato presenten dificultades en la consolidación de su esquema corporal, quedando así irresuelto algo determinante para los cimientos de procesos posteriores como los cognitivos y de estructuración de la personalidad, lo que inscriben a los sujetos en el orden cultural interhumano (Mariscal y Jairo, 2010, p.2).</p>	<p style="text-align: center;">2.1 Psicopatologías comunes de niños víctimas de abuso, que pueden ser tratados con TAA.</p> <p>**Entre las aplicaciones de la TAA se encuentra la reducción del estrés, acariciar a un animal reduce el estrés, además la presencia de un animal contribuye a reducir problemas cardiovasculares” (Cabra, 2012, como se citó en González Ramírez y Landero Hernández, 2013, p.37) síntomas comunes en menores víctimas de violencia tras sufrir episodios hostiles o violentos como el abuso sexual.</p> <p>**“En terapia psicológica, los canes llegan a causar un gran efecto terapéutico: Reduce el estrés, reduce la presión sanguínea, los perros aportan mayor alegría y voluntad de vivir, su presencia acelera los procesos curativos y ayuda a superar las depresiones” (Pulgarin T. y Orozco S. 2016, p.226). Esto es muy benéfico para aquellos niños que están superando el abuso sexual sufrido y que constantemente se sienten tristes o deprimidos con poca motivación.</p>

	<p>* Los y las menores, al estar expuestos/as a la violencia pueden ser maltratados/as o simplemente ser testigos, pero ambos conllevan a unas consecuencias negativas que dependerán de la edad de los/las menores, fortaleza, grado de violencia ejercida y frecuencia, etc. Y llegan a la conclusión que los efectos y consecuencias de la violencia de género en ellos/as, son equiparables a los que suponen los abusos sexuales en menores: trastornos somáticos, retraso en el crecimiento y peso, trastorno en la alimentación, alteraciones del sueño, conductas regresivas, incremento en la tasa cardiaca y presión sanguínea, son algunas de ellas (Mohamed, Carracero y Herrera, 2014, como se citó en Gago Rebeca Anaya, 2016, p.9).</p> <p>*Con respecto a la violencia psicológica, tenemos que remontarnos bastante atrás en el tiempo para encontrar resultados que se puedan considerar fiables en nuestros días. Tal es el caso del meta análisis de Golding (1999) donde lo más reseñable es la prevalencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) que</p>	<p>*Al presentar el abuso sexual características que no se comparten con otras prácticas de otro tipo, se ha propiciado el trabajo con animales, en tanto el niño puede llegar a una conciencia de sí en la relación afectiva con el animal, lo que le induce a la consideración personal de el mismo como individuo, activando así su subjetividad y generando como resultado la consolidación de su esquema Corporal (como se citó en Mariscal Teo, 2010, p.3).</p> <p>*Inclusive en intervenciones de estrés postraumático, que mostraron buenos resultados, como el caso de una niña de 10 años con historia de abuso, donde el perro participaba solo como reforzador y la interacción con la paciente se limitaba a ser acariciado y recibir premios de comida (Eggima, 2006, como se citó en González Ramírez y Landero Hernández, 2013, pp. 37-38).</p> <p>*Otro es el caso de una niña a quien su padre abusó sexualmente por un periodo aproximado de dos años, se encontró dispuesta a participar en un proceso terapéutico. Aunque se mostró introvertida y poco expresiva, logro, con la presencia de un perro, tener manifestaciones y expresiones que probablemente hubiera tardado en emerger en ausencia del animal, o quizá, ni siquiera hubiera logrado demostrarlas en el espacio de terapia, más aún cuando el terapeuta estuvo asociado en la psicología de la adolescente con la figura de su padre, indicando ello una generalización: hombre=abuso. Juicio superando después de las intervenciones con el perro, (como se citó en Mariscal, 2010, p.4).</p> <p>*Convencidos de los beneficios de la Terapia Asistida con Animales puede aportar, la Fundación las Golondrinas contacto con Bocalam de España a fin de generar un programa de trabajo en conjunto en la ciudad de Medellín y proporcionar el departamento de psicología las Golondrinas un recuerdo muy especial que les permite optimizar los procesos terapéuticos en (Mariscal Teo y Aristizabal Jairo, 2010, p.2). donde ha dado resultado este proyecto apoyándose ambas asociaciones para unirse en el tratamiento psicoterapéutico con TAA a menores víctimas de abuso sexual.</p> <p>2.1.1 Ansiedad</p> <p>* La terapia asistida con animales aplicadas en las entrevistas forenses con niños y adolescentes víctimas de abuso sexual, contribuye a reducir las respuestas fisiológicas de ansiedad, frecuencia cardiaca y niveles salivales de alfa amilasa e inmuglobina (Krause-Parello, Cheryl A; Friedmann, Erika, 2014, como se citó en Pérez Alonso Natalia, s.f.)</p> <p>*Por otro lado, otro estudio experimental evaluó si se reducía la ansiedad y las medidas fisiológicas de estrés y malestar asociadas a ella, en una sesión de una hora de terapia asistida con perro. Se observó que hubo disminuciones significativas de la ansiedad, produciéndose una disminución en la presión sanguínea, el pulso y el cortisol salivar (Nepps, Stewart y Bruckno, 2014 como se citó en García García Paula, 2017, p.25).</p> <p>*El vínculo humano- animal se ha observado beneficioso no solo para los síntomas psicológicos de los trastornos de ansiedad, sino también sobre la respuesta fisiológica, como son la reducción de la tasa cardiaca, del pulso o la presión arterial, y el aumento de la oxitocina en sangre, pudiendo reducir por tanto las taquicardias, las palpitaciones o los posibles desmayos producidos por una hiperventilación, así como aumentar la capacidad de relajación de la persona y una mayor percepción de bienestar psicológico (García García Paula, 2017, p.27).</p> <p>*Signes (2011) recomienda para calmar el estrés y la ansiedad acariciar el pelo de un animal "Acariciar a un animal es beneficioso para la salud y el bienestar de una persona ya que la calidad de relaciones sociales depende en gran parte del tacto" (Como se citó en Parra Araiz Silvia, 2015-2016, p.13).</p> <p>2.1.2 Trastorno de estrés postraumático</p> <p>*Los niños participantes en la terapia asistida con perros muestran un descenso en los síntomas de trauma incluidos, ansiedad, depresión, ira, trastorno de estrés postraumático, disociación y conflictos sexuales. Tracy</p>
--	---	--

	<p>aparece en 63,8% de los datos y la depresión que aparece en un 47,6% del total. También destaca la aparición de otros trastornos tales como los trastornos de ansiedad, [...] problemas de autoestima y desadaptación social (como se citó en García Fernández, 2017, p.6).</p>	<p>J. Dietz, Diana Davis y Jacquelyn Pennings, 2012, como se citó en Pérez Alonso Natalia, s.f.)</p> <p>2.1.3 Depresión</p> <p>*De acuerdo a Gutiérrez (2007) “La interacción con animales [...] favorece la independencia, el sentido de valor y utilidad para otros, y la motivación. Finalmente incentiva un estado afectivo positivo, un aumento de la autoestima y un estado de logro.” (Como se citó en González Suarez Mirta, 2019, p.69). Hasta la fecha, los estudios desarrollados sugieren que la terapia asistida con animales puede mejorar los sentimientos de ansiedad, depresión, angustia y desesperanza, además de reducir la frecuencia de pesadillas, los sentimientos de estrés intrapersonal y los pensamientos de autolesión (Eggiman,2006; Ewing,2007, como se citó en Pérez Alonso, 2012).</p> <p>*De acuerdo a Ortiz Jiménez (2012) “La participación de los animales como coterapeutas puede ser de utilidad para el tratamiento de diversas enfermedades o problemas psicológicos relacionado con las emociones como ansiedad, estrés, depresión y la baja autoestima” (p.26).</p> <p>2.1.4 Fomenta el contacto social y físico</p> <p>*Otros estudios utilizando la psicoterapia asistida con caballos, han encontrado mejoras en diversas áreas, incluyendo avances en el funcionamiento psicológico, social y educativo. (Schultz, 2007, como se citó en Pérez Alonso Natalia, s.f.).</p> <p>*La Terapia y Educación Asistida con Animales puede llegar a ser de gran utilidad (para personas en situación de riesgo y/o exclusión social) con las que el educador o terapeuta a veces no consiguen conectar para llegar a ganarse su confianza. En el momento en el que estas personas permiten que el animal se aproxime a ellos y le cogen confianza, le acaricien, se genera un sentimiento de empatía entre ambos, llegando incluso, a contarle sus problemas (Signes, 2009, como se citó en Parra Araiz Silvia, 2015-2016, pp.10,11).</p> <p>*Tallier y Vila (s.f) afirman que los perros de terapia pueden proporcionar un apoyo emocional capaz de hacerles olvidar temporalmente una situación difícil y dolorosa a través de la atención que requiere el perro. Para el desarrollo de la creatividad, las habilidades sociales o las emocionales, es necesario el trabajo continuo con el animal y la persona (como se citó en Parra Araiz Silvia, 2015-2016, p.14)</p> <p>2.1.5 Favorece la expresión emocional y autoestima</p> <p>*De acuerdo a, Pérez Alonso Natalia (s.f) El animal puede ser visto por el niño como un modelo, un espejo o un profesor. Precisamente por que el animal no juzga, puede favorecer la autoestima y la expresión de emociones.</p> <p>**“La tenencia de animales de compañía potencia y mucho la autoestima de los niños, un sentimiento de empatía, así como sus habilidades sociales”. (Signes y Rodrigo, 2009, como se citó en Parra Araiz, 2015-2016. p.10).</p>
<p>3.Técnicas psicológicas en la TAA en niños víctimas de abuso sexual.</p>	<p>*Según Shamai (2000), el tratamiento psicológico dirigido a las víctimas de violencia comienza por hacerse a través de procedimientos destinados a asegurar su rehabilitación y su sentido de seguridad, disminuyendo los sentimientos de vergüenza asociados a la victimización y aumentando la autoestima y el asertividad, ampliando después su periodo de acción para la esfera de la contextualización macrosocial del</p>	<p>3.1Técnicas de reestructuración cognitiva</p> <p>*De acuerdo a Ramírez y Rodríguez (2012), las “Técnicas de reestructuración cognitiva: las de mayor utilización son la terapia cognitiva de Beck, terapia racional emotiva de Ellis, reestructuración racional sistémica de Goldfried y Goldfried, y entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum” (como se citó en García Fernández, 2017, p.7)</p> <p>*Soler y Gastón (2005), “El propósito de estas técnicas [reestructuración cognitiva] es la modificación directa de pensamientos automáticos negativos y creencias (esquemas cognitivos disfuncionales) que se consideran mediadores de las manifestaciones de muchos trastornos</p>

	<p>fenómeno. (García Fernández, 2017, p.6).</p> <p>*Dentro de los distintos tratamientos de TAA existen enfoques psicológicos más utilizados donde el enfoque mayor utilizado es la terapia cognitivo conductual, “Es así que la reestructuración cognitiva es una de las alternativas utilizadas en el manejo del estrés en la terapia cognitivo conductual (tcc)” (como se citó en Gonzales Ramírez y Landero Hernández, 2013, p.36) ya que con este pueden identificarse los pensamientos negativos, así como trabajar en la ansiedad y diferentes consecuencias importantes en el abuso infantil.</p> <p>*La presencia de un animal en sesiones para abordar el pasado traumático de un/a menor favorece la descontextualización de la terapia, lo que facilita enormemente el abordaje de las posteriores sesiones. Los niños con TEPT acuden a consulta asustados, en ocasiones han sido retraumatizados al haber tenido que relatar en contextos no protegidos y sin vínculo emocional con su interlocutor, su historia de trauma, por lo que la presencia de un animal les ayuda a relajarse, a vincularse positivamente con él y a la vez con el terapeuta, de esta forma podremos explorar su dolor (Hernández Bote, 2015, p.5).</p>	<p>psicopatológicos, incluidos los relacionados al estrés y ansiedad”. (como se citó en Gonzales Ramírez, 2013, p.36).</p> <p>3.1.1 Terapia racional y emotiva de Ellis</p> <p>*De acuerdo a Wyndy Dryden Albert Ellis (1989) La RET (terapia racional emotiva) es un tipo de psicoterapia activa en la que los terapeutas son activos cuando llevan a sus clientes a identificar el origen filosófico de los problemas psicológicos y cuando les demuestran que pueden enfrentarse y cambiar sus evaluaciones irracionales perturbadoras (p.40)</p> <p>El cual consta de 4 pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La teoría ABC • La detección de ideas irracionales • La discusión de cada idea irracional • Conseguir un nuevo efectivo o filosófico que permita al paciente pensar de forma más sensata en el futuro. <p>3.1.2 Reestructuración racional y sistémica de Golfried y Golfried</p> <p>Tiene el objetivo de enseñar a los clientes habilidades de enfrentamiento y manejo de situaciones problemáticas, que les permita adoptar perspectivas más racionales sobre los acontecimientos perturbadores.</p> <p>3.1.3 Entrenamiento auto instruccional de Meichenbaum</p> <p>Su objetivo es modificar el dialogo interno en la persona, para facilitar el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento.</p> <p>3.2 Programas de intervención en trastorno de estrés postraumático (TEPT)</p> <p>*Este tipo de tratamiento es menos mencionado dentro de las TAA, sin embargo, es importante ya que maneja el TEPT, unos de los padecimientos más comunes e importantes dentro de los trastornos psicopatológicos desarrollados en el abuso infantil.</p> <p>*Programas de intervención en TEPT: son escasos y están evaluados de forma poco rigurosa. De entre ellos se podría destacar los trabajos de Kubany et al. (2004), de aplicación individual donde se observa mejora significativa en las medidas evaluadas (TEPT y depresión, autoestima, vergüenza y sentimientos de culpa), y Labrador y Alonso (2007), donde se observan diferencias significativas con respecto al grupo control en lista de espera (como se citó en García Fernández, 2017, p.7).</p>
<p>4.Beneficios psicológicos de la TAA</p>	<p>*Entre los beneficios atribuidos a esta modalidad de terapia la misma autora reporta: en terapia psicológica, los canes llegan a causar un gran efecto terapéutico: Reducir el estrés, reducir la presión sanguínea, los perros aportan mayor alegría y voluntad de vivir, su presencia acelera los procesos curativos y ayuda a superar las depresiones. (como se citó en Pulgarin Tavera y Orozco Sena, 2016, p.226).</p> <p>**“Principalmente la terapia con canes se enfoca en el plano afectivo al igual que en la motivación del paciente” (Ávila, 2012, como se citó en Pulgarin Tavera, 20016, p.226). Algunos beneficios de los perros como co-</p>	

	<p>terapeutas, es que son ideales, pues facilitan el trabajo del psicólogo para que el usuario se sienta cómodo, adquiera confianza, seguridad y la sensación de no ser juzgado, incluso con menores víctimas de abuso sexual es más fácil que puedan empezar a colaborar en terapia y adquieran mayor interés y motivación.</p> <p>*“Los animales como co-terapeutas brindan beneficiosos avances en los pacientes, sobre todo en los traumatismos emocionales, la regulación de las emociones y del desarrollo de una buena salud mental” (como se citó en Pulgarin Tavera y Orozco Sena, 2016, p.225). “Cualquier terapeuta ocupacional, si se le permite desde su práctica profesional, puede utilizar animales como una terapéutica más” (Oropesa Roblejo, 2009, p.7).</p> <p>*“El animal es un mediador emocional que facilita muchísimo la comunicación terapeuta-paciente; así mismo es una fuente inagotable de motivación que facilita la labor del terapeuta al aumentar el interés y el esfuerzo del paciente durante las sesiones” (Ávila López, 2012, como se citó en Pulgarin Tavera, 2016, p.226). “En este contexto nacen diferentes programas que tienen a los animales como asistentes, e incluso co-terapeutas, que colaboran con los seres humanos para intentar paliar las distintas consecuencias negativas que padecen diversos colectivos que viven en nuestra sociedad” (García Fernández, 2017, pp. 11-12)</p> <p>*[...] Efectos de la relación con los animales: todo parece indicar que la relación con un animal, no necesariamente propio, conlleva efectos tranquilizadores y reducciones de depresión, pero no tiene necesariamente efectos sobre la moderación del estrés. Tocar y hablar con un animal produce menos estrés que hablar o leer ante otras personas (Fine, 2000, como se citó en García Fernández, 2017, p.10)</p>	
--	---	--

<p>5. Desventajas de la TAA</p>	<p>*Los beneficios que proporciona este tipo de terapia con animales son muchos, lo cual pudiera decirse que es un tratamiento para todos, sin embargo, aunque las desventajas son mínimas, en algunos pacientes suelen ser razones suficientes para no participar en TAA, ya que son personas que desarrollaron Fobias o alergias, además por trabajarse con animales, se toman en cuenta sus necesidades, así como sus habilidades para ser seleccionado, lo cual puede ocurrir que tras un largo trabajo de entrenamiento no se considere candidato a la TAA.</p> <p>*Algunas de las desventajas de la TAA con canes, más comunes pueden ser las alergias, el pánico a los perros y la falta de conocimiento de la población sobre la terapia con animales como recurso psicoterapéutico, aunque no siempre se presentan este tipo de dificultades, es bueno considerar y tener presente las posibles desventajas que se podrían presentar al tratarse con esta modalidad de tratamiento, así como, las necesidades de los usuarios, para valorar si son aptos para el tratamiento, aunque, bien cabe recalcar que son menos las desventajas que los beneficios que estos proporcionan.</p>	<p>5.1 Alergias de los usuarios a los animales.</p> <p>*Puede resultar perjudicial la terapia asistida con perros para aquellos niños con asma o alergias, ya que el pelaje del animal, así como pequeños organismos como los ácaros son factor de alergia para algunas personas. Sin embargo, aunque existen otras posibilidades de animales, la canoterapia puede ser desatada para estas personas, pues en su mayoría el pelaje es muy característico en perros de asistencia.</p> <p>*Zamarra (2002) y Martínez (2008) aluden a que mucho caso no se puede realizar la TAA debido a que los pacientes tienen algún tipo de alergia por lo que, se debe hacer siempre una valoración previa (como se citó en Chaves Delgado Laura, 2019)</p> <p>5.2 Usuarios con temores y miedo a los perros</p> <p>*Algunos niños pueden no sentirse cómodos con los perros, pues les tienen verdadero pánico, por lo que habría problemas éticos con el uso de la canoterapia, siendo uno de los mayores problemas en la TAA, el único beneficio al hablarse de perros es que hay gran variedad de razas, lo cual pueden elegirse animales pequeños o con una apariencia más noble para el paciente que pueda aceptar, que ayude a superar su temor.</p> <p>5.3 Poco frecuencia y credibilidad de la TAA</p> <p>*Aunque existe información sobre la terapia asistida con animales como recurso psicoterapéutico, puede no ser común en la sociedad, el cual al no ser tan popular puede causar dudas sobre su eficacia, lo cual genere desconfianza y credibilidad para algunos.</p> <p>*Por otro lado, el uso diverso de animales con fines terapéuticos en distintos tipos de instituciones reportan beneficios físicos, psicológicos y sociales en su interacción con los seres humanos, que permite mantener o mejorar la calidad de vida de las personas; sin embargo, resultan insuficientes las referencias bibliográficas sobre el tema en el país y se requiere sintetizar el empleo de estas técnicas como fuente de recurso del terapeuta ocupacional en el proceso de rehabilitación (Oropesa Roblejo, 2009, p.8).</p>
--	--	---

La utilización de animales a tratamientos psicoterapéuticos en niños víctimas de abuso sexual es muy benéfico para la salud física, emocional y social del menor; junto con la TAA se complementa mejor el tratamiento psicológico y hacen del proceso de rehabilitación algo más fácil y sencillo tanto para el terapeuta como para el usuario.

Es importante valorar si los usuarios son idóneos al tratamiento psicoterapéutico asistido con animales, pues con ello garantizaran una adecuada intervención y eficacia del tratamiento, además de seleccionar a los perros que pueden acompañar mejor a los menores víctimas de abuso sexual; se deben valorar las patologías que desarrolla un menor tras la violencia sexual y determinar si este tipo de tratamiento acompañados con perros mejora la condición del menor, además de las ventajas y desventajas de este tipo de terapias.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	TITULO DEL ARTICULO	AUTOR	AÑO	RESUMEN
1.Criterios de niños víctimas		*Terapia asistida con animales en mujeres que han padecido violencia de genero.	*García Fernández	*2017	*Aquellos pacientes que no pueden ser tratados en TAA son quienes padecen

de abuso sexual, no aptos para TAA		*Terapia Asistida con Animales y víctimas de abuso sexual TAA: una aproximación a sus beneficios en casos de maltrato infantil y abuso sexual en Colombia. *Terapia asistida con animales de compañía.	*Teo Mariscal *Garay Laucirica	*2010 *s. f.	alergias, no les gusta o han sufrido violencia por un animal. *Todos los perros son un recurso para TAA y en niños es fundamental el tratamiento. *El rechazo del animal resulta contradicado para el paciente, así como personas con fobia y alergias.
	1.1Características de los perros idóneos para la TAA en niños víctimas de abuso sexual.	*Terapia asistida con animales de compañía. *Terapia Asistida con Animales como fuente de recurso en el tratamiento rehabilitador. *Terapia asistida con animales en mujeres que han padecido violencia de genero. *Terapia asistida con animales con perros en niños y adolescentes.	*Garay Laucirica *Oropesa Roblejo *García Fernández *M. C. Benedito Monleon	*s. f. *2009 *2017 *2017	*Habiendo superado el entrenamiento en obediencia básica o hábitos de convivencia y los test de comportamiento exigibles. *El can seleccionado no puede distraerse ante ninguna situación, capaz de desenvolverse cómodamente y sin rasgos de agresividad. *canes capaces de tener interacción social y ser de raza tranquila y equilibrada. *La edad del can para las intervenciones es de 2 años, siendo 5-8 años la óptima para garantizar su madurez.
	1.1.1Características morfológicas	*Uso y abuso de los animales: responsabilidades éticas de la Psicología.	*González Suarez Mirta	*2019	*No se recomiendan perros molosos, con tendencia a babear, que suelten demasiado pelo o con orejas y cola amputadas.
	1.1.2Temperamento	*	*Fundación affinity	*s. f	*Ideales canes con temperamento que proyecte confianza, nada de agresividad, sociabilidad, complacencia y motivación.
	1.1.3Razas	*Terapia asistida con animales de compañía. * Uso y abuso de los animales: responsabilidades éticas de la Psicología. *Implementación y evaluación de un programa con caninos para reducir la ansiedad en adolescentes ingresados en UCA. *Terapia Asistida con perros (TAP) a niños-as con trastorno del espectro autista (TEA) en edad escolar.	*Garay Laucirica *González Suarez *Agudo Cabrera * Jara Gil	* s. f * 2019 *2016 *2017	*Profesionales de la TAA han destinado a razas como: Labrador Retriever, Golden, P. Alemán y Bóxer. *Únicamente razas de carácter equilibrado y pacífico en TAA como el galgo español. *Para TAA de carácter tranquilo razas como: Labrador, Golden R. y Pastor Alemán. *En relación a la raza destacada, el Labrador, Golden R., Border Collie y Pastor Alemán, o cualquier raza de perro bien entrenado y educado.
	1.1.4Requisitos.	*	*Fundación Affinity *González Suarez	*s. f *2019	*Las características necesarias para los perros de TAA es que sean: equilibrados, seguros, confiables, dóciles, adecuados para determinada tarea, confiables, sociables y sanos. *En general se busca que sean sociables, pacientes, con buen carácter, inteligentes y que aprendan con facilidad.
2.Las consecuencias en niños víctimas de abuso sexual infantil.		*Terapia Asistida con Animales y víctimas de abuso sexual TAA: una aproximación a sus beneficios en casos de maltrato infantil y abuso sexual en Colombia. *Intervención Asistida con perros en violencia de genero. * Terapia asistida con animales en mujeres que han padecido violencia de genero.	*Mariscal Teo *Gago Anaya *García Fernández	*2010 *2016 *2017	* Niños que hayan pasado por situación de abuso presentan dificultades en consolidar su esquema corporal, y en la reestructuración de su personalidad. * Trastornos somáticos, retraso en el crecimiento y peso, trastorno de alimentación, alteración del sueño, conductas regresivas, incremento en la tasa cardiaca y presión sanguínea, son algunas de las consecuencias del abuso sexual infantil. * Lo más reseñable es el TEPT, la depresión, trastorno de ansiedad, problemas de autoestima y la desadaptación social en el abusos sexual infantil.
	2.1Psicopatologías comunes de niños víctimas de abuso sexual, que pueden ser tratados con TAA.	*Terapia asistida con animales como apoyo en la reestructuración cognitiva. *Terapia asistida con animales: aproximación conceptual a los beneficios del vínculo humano-animal. *Terapia Asistida con Animales y víctimas de abuso sexual TAA: una aproximación a sus beneficios en casos de	*Gonzales Ramírez *Pulgarin Tavera *Mariscal Teo	*2013 *2016 *2010	*En la aplicación de TAA se encuentra reducción del estrés y problemas cardiovasculares. *TAA causa un gran efecto terapéutico, reduce la presión sanguínea, los perros aportan mayor alegría y voluntad de vivir, su presencia ayuda a superar las depresiones. *En el abuso sexual, el trabajo con animales en tratamiento con niños, induce la consideración personal de el mismo como individuo, actuando su

		<p>maltrato infantil y abuso sexual en Colombia.</p> <p>*Terapia asistida con animales como apoyo en la reestructuración cognitiva.</p> <p>*Terapia Asistida con Animales y víctimas de abuso sexual TAA: una aproximación a sus beneficios en casos de maltrato infantil y abuso sexual en Colombia.</p> <p>*Terapia Asistida con Animales y víctimas de abuso sexual TAA: una aproximación a sus beneficios en casos de maltrato infantil y abuso sexual en Colombia.</p>	<p>*Gonzales Ramírez</p> <p>*Mariscal Teo</p> <p>*Mariscal Teo</p>	<p>*2013</p> <p>*2010</p> <p>*2010</p>	<p>subjetividad y generando la consolidación de su esquema corporal.</p> <p>*La TAA en tratamiento del estrés postraumático, se muestran buenos resultados de una niña de 10 años con historia de abuso.</p> <p>*En otro caso de una niña, con la presencia de un perro logro tener manifestaciones y expresiones que hubiera tardado en emerger con la ausencia del animal, incluso cuando asocio hombre= abuso y el terapeuta estuviera asociado a la figura de su padre.</p> <p>*La fundación Golondrinas junto con Bocalam España han dado resultado para unirse al tratamiento psicoterapéutico con TAA a menores víctimas de abuso sexual infantil.</p>
	2.1.1 Ansiedad	<p>*Terapia Asistida con Animales como recurso para la intervención con niños/as y adolescentes víctimas de abuso sexual.</p> <p>*Evidencia de la eficacia de la intervención Asistida con animales en los trastornos de ansiedad.</p> <p>*Terapia y educación asistida con animales para colectivos infantiles en riesgo o con necesidades educativas especiales.</p> <p>* Evidencia de la eficacia de la intervención Asistida con animales en los trastornos de ansiedad.</p>	<p>*Pérez Alonso Natalia</p> <p>*García García Paula</p> <p>*Parra Araiz Silvia</p> <p>*García García Paula</p>	<p>*s. f</p> <p>* 2017</p> <p>*2015 -2016</p> <p>*2017</p>	<p>*La TAA en niños y adolescentes víctimas de abuso sexual, contribuye a reducir respuestas fisiológicas de ansiedad y frecuencia cardiaca.</p> <p>* En la TAP se observó disminuciones significativas de la ansiedad, produciéndose una disminución en la presión sanguínea y el pulso.</p> <p>* Para calmar el estrés y ansiedad, acariciar el pelo de un animal es beneficioso para la salud y el bienestar de la persona.</p> <p>*El vínculo humano-animal se ha observado beneficioso, no solo para los síntomas psicológicos de los trastornos de ansiedad, sino también para las respuestas fisiológicas, así como aumentar la capacidad de relajación.</p>
	2.1.2 Trastorno de estrés postraumático	<p>*Terapia Asistida con Animales como recurso para la intervención con niños/as y adolescentes víctimas de abuso sexual.</p>	<p>*Pérez Alonso</p>	<p>*2012</p>	<p>*Los niños que participan en la TAP muestran un descenso en los síntomas de trauma incluso en la ansiedad, depresión, ira, TEPT, disociación y conflictos sexuales.</p>
	2.1.3 Depresión	<p>* Uso y abuso de los animales: responsabilidades éticas de la Psicología.</p> <p>*Terapia Asistida con Animales como recurso para la intervención con niños/as y adolescentes víctimas de abuso sexual.</p> <p>*Terapia asistida por perros en el tratamiento del manejo de las emociones en adolescentes.</p>	<p>*González Suarez</p> <p>*Pérez Alonso</p> <p>* Ortiz Jiménez</p>	<p>*2007</p> <p>*2012</p> <p>*2012</p>	<p>*La interacción con animales favorece la independencia, el sentido de valor y la motivación.</p> <p>*Estudios desarrollados sugieren que la TAA Pueden mejorar los sentimientos de ansiedad, depresión, angustia y reducir los sentimientos de estrés intrapersonal y autoestima.</p> <p>*La participación de animales como coterapeutas puede ser de utilidad para los problemas psicológicos relacionados con las emociones como ansiedad, estrés depresión y baja autoestima.</p>
	2.1.4 Fomentar el contacto social y físico.	<p>*Terapia Asistida con Animales como recurso para la intervención con niños/as y adolescentes víctimas de abuso sexual.</p> <p>* Terapia y educación asistida con animales para colectivos infantiles en riesgo o con necesidades educativas especiales.</p> <p>*Terapia y educación asistida con animales para colectivos infantiles en riesgo o con necesidades educativas especiales.</p>	<p>*Pérez Alonso Natalia</p> <p>*Parra Araiz Silvia</p> <p>*Parra Araiz Silvia</p>	<p>*2012</p> <p>*2015 -2016</p> <p>*2015 -2016</p>	<p>*En la Psicoterapia Asistida con Caballos han encontrado avances en el funcionamiento psicológico, social y educativo.</p> <p>*La TAA es de gran utilidad para personas en situación de riesgo, pues permiten que los animales se acerquen, cogen confianza, generan empatía y logran contar sus problemas.</p> <p>* Los perros de terapia proporcionan apoyo emocional capaz de hacerles olvidar temporalmente una situación difícil y dolorosa y desarrollar la creatividad, habilidades sociales y emocionales.</p>
	2.1.5 Favorece la expresión emocional y autoestima.	<p>*Terapia Asistida con Animales como recurso para la intervención con niños/as y adolescentes víctimas de abuso sexual.</p> <p>*Terapia y educación asistida con animales para colectivos infantiles en riesgo o con necesidades educativas especiales.</p>	<p>* Pérez Alonso</p> <p>*Parra Araiz Silvia</p>	<p>* s. f</p> <p>*2015 -2016</p>	<p>*El animal puede ser visto por un niño como un modelo, espejo o un profesional, porque no juzga, favorece la autoestima y expresión emocional.</p> <p>*La tenencia de animales de compañía potencia la autoestima en niños, un sentimiento de empatía y habilidades sociales.</p>

3.Técnicas psicológicas en la TAA en niños víctimas de abuso sexual.		<p>* Terapia asistida con animales en mujeres que han padecido violencia de genero.</p> <p>* Terapia asistida con animales como apoyo en la reestructuración cognitiva.</p>	<p>*García Fernández</p> <p>*Gonzales Ramírez</p>	<p>*2017</p> <p>*2013</p>	<p>*El tratamiento psicológico para víctimas de violencia comienza con procedimientos destinados a asegurar su rehabilitación y su sentido de seguridad, disminuir los sentimientos de vergüenza y aumentar el autoestima y asertividad.</p> <p>* La reestructuración cognitiva es una de las alternativas utilizadas en el manejo del estrés en la terapia cognitivo conductual.</p>
	3.1Técnicas de reestructuración cognitiva	<p>* Terapia asistida con animales en mujeres que han padecido violencia de genero.</p> <p>* Terapia asistida con animales como apoyo en la reestructuración cognitiva.</p>	<p>*García Fernández</p> <p>*Gonzales Ramírez</p>	<p>*2012</p> <p>*2013</p>	<p>*Técnica de reestructuración cognitiva: las de mayor utilización son la terapia cognitiva de Beck, terapia racional emotiva de Ellis, reestructuración racional de Goldfried y G. y entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum.</p> <p>*Técnicas de reestructuración cognitiva, es la modificación directa de pensamientos automáticos negativos y creencias que se consideran mediadores de las manifestaciones de trastornos psicopatológicos.</p>
	3.2Programas de intervención en trastornos de estrés postraumático	<p>* Terapia asistida con animales en mujeres que han padecido violencia de genero.</p>	<p>*García Fernández</p>	<p>*2017</p>	<p>*Se destacan los trabajos de Kubany, de aplicación individual donde se observa mejora significativa en las medidas evaluadas (TEPT, depresión, autoestima, vergüenza y sentimiento de culpa.</p>
4.Beneficios de la TAA		<p>*Terapia asistida con animales: aproximación conceptual a los beneficios del vínculo humano-animal.</p> <p>*Terapia asistida con animales: aproximación conceptual a los beneficios del vínculo humano-animal.</p> <p>*Terapia Asistida con Animales como fuente de recurso en el tratamiento rehabilitador.</p> <p>*Terapia asistida con animales: aproximación conceptual a los beneficios del vínculo humano-animal.</p> <p>*Terapia asistida con animales: aproximación conceptual a los beneficios del vínculo humano-animal.</p> <p>* Terapia asistida con animales en mujeres que han padecido violencia de genero.</p> <p>* Terapia asistida con animales en mujeres que han padecido violencia de genero.</p>	<p>*Pulgarin Tavera</p> <p>*Pulgarin Tavera</p> <p>*Oropesa Roblejo</p> <p>*Pulgarin Tavera</p> <p>*Pulgarin Tavera</p> <p>*García Fernández</p> <p>*García Fernández</p>	<p>*2016</p> <p>*2016</p> <p>*2009</p> <p>*2016</p> <p>*2026</p> <p>*2017</p> <p>*2017</p>	<p>*En terapia psicológica los canes reducen el estrés, la presión sanguínea, aportan alegría y voluntad de vivir, acelera los procesos curativos y ayuda a superar las depresiones.</p> <p>*principalmente la terapia con canes se enfoca en el plano afectivo al igual que en la motivación del paciente.</p> <p>*Cualquier terapeuta ocupacional, si se le permite desde su práctica profesional, puede utilizar animales como una terapéutica más.</p> <p>*Los animales como coterapeutas brindan beneficiosos avances en los pacientes, sobre todo en los traumatismos emocionales, y el desarrollo de una buena salud mental.</p> <p>*El animal es un mediador emocional que facilita la comunicación terapeuta-paciente, es una fuente de motivación, aumentando el interés y esfuerzo del paciente.</p> <p>* Diferentes programas tienen animales como asistentes para paliar las consecuencias negativas que padecen en nuestra sociedad.</p> <p>*La relación con animales conlleva a efectos tranquilizadores y reducción de la depresión, pero no tienen necesariamente efectos sobre la moderación del estrés.</p>
5.Desventajas de la TAA		<p>*Terapia asistida con animales "mi mascota puede ser mi cura"</p>	<p>*Chaves Delgado</p>	<p>*2019</p>	<p>* En muchos casos no se puede realizar la TAA debido a que los pacientes tienen algún tipo de alergia por lo que se recomienda hacer una valoración previa.</p>

CONCLUSIONES

No cabe duda que la infancia es una de las etapas más importantes para definir la personalidad, pues influye significativamente la relación con los padres, así como los seres queridos que acompañan al infante en su desarrollo; Es por ello la importancia de prestar atención y participar en el buen desarrollo de los niños(as), así como la educación y fomentar la buena autoestima desde la infancia.

Durante el desarrollo el menor experimentará diferentes cambios físicos, psicológicos y de comportamiento, por ello la importancia de garantizar en el ser humano la salud física, psicológica y emocional, a través de la atención, cuidados, cariño, comprensión, respeto y educación que la familia brinda al menor, pues lo que formará al ser humano saludable será primero su núcleo familiar más cercano y después la sociedad, el cual cuidar a los menores de los extraños, hablarles de los riesgos que existen incluso con los familiares cercanos, proteger y cuidar su cuerpo, como no permitir conductas de los demás que le hagan sentir mal y expresar lo que les incomoda, así como no verse obligado a saludar, besar o abrazar a alguien que no quiera, es una forma de protegerlos. Hablar de los riesgos que se vive actualmente es la única manera de evitarlos, no hablar sobre el abuso que ha sufrido un menor y pensar que lo va olvidar, repercute significativamente en su desarrollo, pues solo se reprime, generando que las distintas emociones negativas lo afecten, sin embargo, no solo es hablarlo, si no atender al menor con un tratamiento adecuado.

De acuerdo al análisis de contenido se mencionan algunas de las consecuencias importantes que sufre un menor víctima de abuso sexual, como baja autoestima, trastorno de estrés postraumático, ansiedad, depresión; son algunas de ellas, así como comprobar si la TAA, es idóneo a niños víctimas de abuso, donde se aprueba con distintas investigaciones la eficacia del uso de canes como coterapeutas en el tratamiento psicológico, pues son un apoyo importante para acompañar a los menores, pues además mejora su estado de ánimo, disminuye la ansiedad, evita sentirse juzgado pues la empatía que proyecta incluso el terapeuta es mayor, además motiva al menor a seguir yendo a terapia, el cual se afirma con distintas investigaciones la Hipótesis si los perros son una alternativa favorable como animales de asistencia para la psicoterapia, por que brindan un ambiente cordial, de confianza y seguridad para el paciente donde puede percibirlo como un lugar más cómodo, seguro y tranquilo, además les ayuda a expresar mejor sus emociones, disminuyendo la resistencia al tratamiento u entrevista en niños víctimas del abuso sexual.

Cabe mencionar que TAA, es para la mayoría de los niños a excepción de aquellos que presentan alergias o temores a los perros, que es poco común ya que en su mayoría son idóneos al tratamiento, lo cual se benefician con el acompañamiento del can en psicoterapia, ya que el avance es más rápido, puede expresar mejor sus emociones y participar mejor durante las sesiones, donde el Can es un coterapeuta capacitado para apoyar al menor emocionalmente durante la psicoterapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Agudo Cabrera Noemí (2016). Implementación y evaluación de un programa con caninos para reducir la ansiedad en adolescentes ingresados en UCA. Disponible en: [Agudo Cabrera Noemí \(2016\). Implementación y evaluación de un programa con caninos para reducir la ansiedad en adolescentes ingresados en UCA - Bing](#)
- Aguilar, C. R. (s.f) La sexualidad en Latinoamérica. México D.F: Del valle de México.
- Asociación, Estadounidense de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición). Madrid: Médica Panamericana
- Baita, S. y Moreno (2015). Abuso sexual infantil: cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. Uruguay: Unicef.
- Chaves Delgado Laura (2018-2019). Terapia asistida con animales. mi mascota puede ser mi cura. Disponible en: [Terapia asistida con animales..pdf \(ull.es\)](#)
- Cuadros, Ferré, Isabel y Ordóñez Vera Martha (2006). La infancia rota: testimonios y guías para descubrir y tratar el abuso sexual infantil. editorial norma.
- Divulgación Dinámica (2020). Curso Terapia Asistida con Animales.
- E., Papalia, Diane; Wendkos, Olds, Sally y Duskin, Feldman, Ruth (2005). Desarrollo humano. 9ª edición. México: McGraw-Hill.
- Echeburúa, Enrique y Guerricaechevarría, Cristina (2000). Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Barcelona: Ariel.
- Feist, Jess y Feist, J., Gregory (2007). Teorías de la personalidad. Madrid: McGraw-Hill.
- Fine, A., H. (2003). Manual de terapia asistida por animales. España: Fundación Affinity.
- Gago Anaya (2016). Intervención asistida con perros en violencia de género. Disponible en: [TFM MIAA Anaya Gago Rebeca.pdf.pdf \(ujaen.es\)](#)
- Garay Laucirica (s.f.). Terapia asistida con animales de compañía. Disponible en: [06-ARTICULOS \(colvema.org\)](#)
- García Fernández (2016-2017). Terapia asistida con animales en mujeres que han padecido violencia de género. Disponible en: [tfm_2016-17_MVI2_dgf423_658.pdf \(uib.es\)](#)
- García García Paula (2017). Evidencia de la eficacia de la intervención asistida con animales en los trastornos de ansiedad.
- Gonzales Ramírez (2013). Terapia asistida con animales como apoyo en la reestructuración cognitiva. Disponible en: [Terapia asistida con animales como apoyo en la reestructuración cognitiva \(bvsalud.org\)](#)

- González Suarez Mirta (2019). Uso y abuso de los animales: responsabilidades éticas de la psicología. Disponible en: [González Suarez Mirta \(2019\). Uso y abuso de los animales: responsabilidades éticas de la psicología. - Bing](#)
- González, M. y Landero, R. (2013). Terapia asistida con animales como apoyo en la reestructuración cognitiva. Revista de psicología Universidad de Antioquia, 5(1), 35-43.
- Gualberto, Buena, Casal y Sierra, Juan, Carlos (1994). Los trastornos del sueño: evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia. España: Pirámide.
- Gunter, Barrie (2002). Animales domésticos. México: Paidós.
- Henry, Mussen, Paul; Janeway, Conger y John, Kagan Jerome (1984). Aspectos esenciales del desarrollo de la personalidad del niño. México: Trillas
- Henry, W., M. (1998). Tres teorías sobre el desarrollo del niño Erikson, Piaget y Sears, Argentina: buenos Aires.
- Herrera, Pérez, Esaú (2016). Temibles parásitos. Animales de compañía. 1-88.
- Jara Gil (2017). Terapia asistida con perros (tap) niño-as con trastorno del espectro autista (tea) en edad escolar. Disponible en: [JARA GIL MARIA DOLORES.pdf \(ugr.es\)](#)
- Jean de Ajuriaguerra (2007). Manual de psiquiatría infantil. Editorial el sevier masson
- Laplanche, Jean y Portalis, Jean, Bertrand (1971). Diccionario de psicoanálisis: Bajo la dirección de Daniel Lagache. -1ª ed. 6 reimp. Buenos Aires: Paidós.
- López, María, Cecilia (2010). Abuso sexual: cómo prevenirlo, cómo detectarlo. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós
- M.C. Benedito Monleon, V. Caballero Martínez, J. A. López Andreu (2017). Terapia asistida con perros en niños y adolescentes.
- Mariscal Teo, Aristizabal Jairo (2010) Terapia Asistida con Animales y víctimas de abuso sexual. La terapia asistida con animales: una aproximación a sus beneficios en casos de maltrato infantil y abuso sexual en Colombia. Disponible en: <https://asiscanblog.files.wordpress.com/2016/10/abuso-sexual-y-taa-i.pdf>
- Martínez Artime Aida, Matilla Martínez Marta y Todo Llorens Marta (2010). Terapia asistida con perros. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2010/80131/terapia_asistida_con_perros.pdf
- Martínez, Natalia (2010). las relaciones objétales y el desarrollo del psiquismo; una concepción psicoanalítica. Revista IIPSI de investigación psicológica. Número 2. Facultad de psicología UNMSM, Lima, Perú.
- Oropesa Roblejo (2009). Terapia asistida con animales como fuente de recurso en el tratamiento rehabilitador.
- Ortiz Jiménez Xóchitl, Landero Hernández Rene, González Ramírez Mónica (2012). Terapia asistida con perros en el tratamiento del manejo de las emociones en adolescentes.

- Parra Araiz Silvia (2015-2016). Terapia y educación asistida con animales para colectivos infantiles en riesgo o con necesidades educativas especiales. Disponible en: [ParraAraiz_TFGTerapiaconAnimales.pdf \(ugr.es\)](#)
- Pérez Alonso (s.f). Terapia asistida con animales como recurso para la intervención con niños/as y adolescentes víctimas de abuso sexual. Disponible en: [Terapia asistida con animales como recurso para la intervención con niños/as y adolescentes víctimas de abuso sexual – Humanymal](#)
- Pulgarin Tavera (2016). Terapia asistida con animales: aproximación conceptual a los beneficios del vínculo humano- animal.
- Raich, Rosa, María y M. Dolores de la Calzada (1992). El sueño y sus trastornos. España: Martínez Roca.
- Renato, Vélez (2013). Abuso sexual infantil: estrategias para detectarlo, prevenirlo y hablarlo. Trillas.
- Rojas, G., L. (1996). Animales sagrados, Animales mágicos. España: Karma 7.
- Save the Children (2001). Abuso sexual infantil: manual de formación para profesionales.
- Segal, Hanna (1982). Introducción a la obra de Melanie Klein. Buenos Aires: Paidós.
- Teo Mariscal (2010). Terapia asistida con animales y víctimas de abuso sexual La terapia asistida con animales: una aproximación a sus beneficios en casos de maltrato infantil y abuso sexual en Colombia.
- Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, L. (2000). Teoría Psicoanalítico del desarrollo: una integración. Lima: publicaciones psicoanalíticas
- World, Healt, Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Médica Panamericana.