



27  
24  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

---

**ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

**" LA ATENCION A NIÑOS Y ADOLESCENTES  
VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL "**  
**( HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL Dr. JUAN N.  
NAVARRO )**

**INFORME DEL SERVICIO SOCIAL  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL  
P R E S E N T A ;  
MARIA EUGENIA | SANTILLAN NAJERA**

**ASESOR: LIC. SOCORRO GARCIA RIVAS**



**CIUDAD UNIVERSITARIA D.F.**

**JULIO 1996**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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.

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	1
<b>CAPITULO 1. EL TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL. (HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL Dr. JUAN N. NAVARRO.)</b>	
1.1. Programa Institucional de Atención Integral a Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual. (PAINAVAS).....	4
1.1.1. Antecedentes, funciones y objetivos del programa.....	7
1.1.2. Intervención del Trabajo Social en el programa.....	10
1.1.2.1. Nivel de intervención en el equipo interdisciplinario.....	12
1.2. Programa de Servicio Social en la Atención al Menor Víctima de Abuso Sexual.....	13
1.2.1. Atención Psicosocial a la Familia de Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual (Justificación).....	16
1.2.2. Objetivos y Metas .....	17
1.2.3. Límites.....	18

1.2.4. Organización .....	19
1.2.5. Supervisión .....	21
1.2.6. Evaluación.....	24
1.2.6.1. Evaluación del programa .....	24
1.2.6.2. Evaluación de casos .....	36

## **CAPITULO 2. IMPORTANCIA DE LAS ACCIONES EDUCATIVAS EN FAMILIAS ANTE UNA SITUACIÓN DE ABUSO SEXUAL.**

2.1. Cambios que se generan en la dinámica familiar a causa del abuso sexual .....	49
2.1.1. Alteraciones conductuales que presentan los menores víctimas del abuso sexual .....	53
2.1.2. Conductas de los padres ante el conocimiento del abuso sexual en sus hijos.....	55
2.2. Aspectos sociales de la familia a la que pertenecen los menores víctimas de abuso sexual .....	56
2.3. Importancia del tratamiento social en los menores víctimas de abuso sexual y su familia .....	58

**CAPITULO 3. ALCANCES Y PERSPECTIVAS DE LA INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA EN LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL.**

3.1. Confrontación de los aspectos analizados que presentan las familias de los menores con la realidad .....63

3.2. Trascendencia de la intervención de Trabajo Social con el equipo interdisciplinario (comunicación, coordinación, reuniones) .....65

3.2.1. Niveles de intervención (grupo, caso).....67

3.2.1.1. Intervención de Grupo .....67

3.2.1.2. Intervención de Casos .....77

3.2.2. Contradicciones detectadas en el proceso del servicio social .....102

**CAPITULO 4. LÍNEAS GENERALES PARA INSTRUMENTAR UN PROGRAMA EDUCATIVO A NIVEL GRUPAL.**

4.1. Aportaciones de Trabajo Social .....107

4.2. Relación del equipo interdisciplinario con los lineamientos .....113

<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>115</b>
<b>GLOSARIO</b> .....	<b>117</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>121</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>122</b>

## INTRODUCCIÓN

La sociedad ha tratado en el pasado al abuso sexual infantil y la violación como ofensas similares, de hecho, negando que pudieran ser importantes y culpando a la víctima por su accésimiento. Pero actualmente se han venido presentando nuevas inquietudes a partir de una mayor difusión de un número considerable de atentados ejercidos a menores de edad, lográndose con el paso del tiempo una consideración legal en relación al agravio que sufre la víctima; siendo últimamente conocido como un acto delictivo, al cual se le debe prestar atención jurídica y de salud mental, este tipo de agresiones tienden a ser constantes en una misma víctima afectando el estado emocional de la misma, provocando en ellas conductas autodestructivas así como dificultades para establecer en la edad adulta relaciones sexuales satisfactorias.

El abuso sexual tiene numerosas variantes; es un crimen de sexo (aunque no necesariamente sea un crimen provocado por motivos sexuales), involucra los genitales y el cuerpo ya sea del ofensor o de la víctima. Puede ser violento o no, y en muchos casos, ni siquiera implica forzosamente la existencia de algún contacto físico entre el adulto y el menor que es su víctima; siendo importante aclarar que el agresor no siempre es un adulto; también abundan los casos en que adolescentes menores de 18 años, y jóvenes abusan sexualmente de niños y adolescentes.

En base a esto el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", presenta como una de las opciones para el tratamiento y rehabilitación de pacientes víctimas de abuso sexual el Programa de Atención Integral a Niños y Adolescentes (P.A.I.N.A.V.A.S.), el cual comienza sus funciones a partir de 1989.

El presente trabajo tiene como finalidad presentar la intervención del trabajo social en la atención a menores víctimas de abuso sexual a partir de la conducción y formación

grupo de padres de los menores y adolescentes víctimas del abuso sexual, centrándose en los aspectos generales del ambiente familiar en el cual se encuentran inmersos los pacientes que acuden a este servicio; factores que pueden ser determinantes en la ejecución del tratamiento.

La elaboración del capitulo que lo conforman fue realizado en base a la ejecución del modelo de sistematización establecido por la Lic. Mercedes Gagneten; con la finalidad de presentar en forma descriptiva la experiencia obtenida en el área de Salud Mental durante la ejecución del servicio social en el programa P.A.I.N.A.V.A.S. ; cada uno de los puntos establecidos en el modelo tienen una relación con los capítulos que se presentan (ver anexo No.2)

El primer capítulo contempla en forma general el surgimiento del programa P.A.I.N.A.V.A.S., y la intervención del área de Trabajo Social. En una descripción más amplia se presenta la inserción del programa llevado a cabo en el servicio social: "Atención psicosocial a la familia de niños y adolescentes víctimas de abuso sexual", haciéndose mención de los alcances obtenidos.

El capítulo dos contempla directamente los daños presentados por el abuso sexual en los menores victimizados y en la familia de estos; los aspectos retomados son en base al análisis realizado a 64 casos atendidos durante la prestación del servicio social, en este se nos muestra a la familia como elemento fundamental para comprender por qué se da la victimización sexual y cual es la relación de ésta con la víctima en la formulación de acciones educativas, aplicadas en los integrantes de la misma para enfrentar el problema ya sea tomando medidas para que no vuelva a repetirse la agresión o tratar de prevenirlas en los demás miembros; haciéndose una mención del tratamiento.

**El capítulo tres describe las características fundamentales de la intervención interdisciplinaria y en forma explícita las funciones efectuadas por el trabajador social en la conducción grupal y atención de casos como parte del equipo interdisciplinario; asimismo se presenta la percepción que tienen las familias de menores víctimas de abuso sexual en relación a la problemática generada por la agresión sexual en su vida cotidiana.**

**En el capítulo cuatro se presentan aspectos generales de los cambios que se pueden alcanzar en la formación de grupos ya sean de carácter educativo o de atención directa al tema relacionado ( agresiones sexuales ); se describen diferentes intervenciones grupales que pueden ser realizadas por el trabajador social, ya sea fuera o dentro de la institución.**

**Por último se presentan las conclusiones que permiten identificar a la familia como elemento sustancial en la prevención y rehabilitación de los menores, encontrándose entre ellas una serie de mitos importantes de despejar y ser aclarados: el abuso sexual a menudo es muy difícil de descubrir; los de cualquier edad (hasta los muy pequeños) y los adolescentes, pueden ser sexualmente abusados; se conoce que la edad promedio de las víctimas es de 8 a 9 años. El ofensor puede ser lo mismo un hombre que una mujer ; también es ilógico continuar pensando que los únicos ofensores son los mentalmente retraídos o los "viejos verdes, degenerados o seniles", hay ofensoras sexuales de todas las edades. Y tampoco podemos creer que el abuso sexual está confinado a las clases socioeconómicas más pobres o incultas, sino más bien se da en todo género social.**

## CAPITULO I

### **EL TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL (HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO")**

El trabajo social es una disciplina, que se considera importante en cualquier área de salud, porque es una profesión con conocimientos para analizar, comprender y explicar la realidad social del individuo o grupo; elabora síntesis, caracterizaciones y diagnósticos sociales identificando causas que origina la problemática social; por lo tanto para poder entender su función en la salud mental en este capítulo se hablará de la intervención que tiene trabajo social en la atención a menores víctimas de abuso sexual, para ello se dará la descripción de la función que tiene el Programa de Atención Integral a Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual (P.A.I.N.A.V.A.S.) en la institución; cómo se formó y quiénes lo integran.

#### **1.1 PROGRAMA INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A NIÑOS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL.**

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" de la Secretaría de Salud; dirige sus funciones y actividades hacia el logro del objetivo general del hospital: "Proporcionar consulta médica y hospitalización especializada de psiquiatría a población abierta infantil con problemas de salud mental".<sup>1</sup>

Está conformado por diferentes servicios que proporcionan tratamiento de acuerdo a su área y al tipo de padecimiento que se determine en el menor como causa de alteración en su desarrollo (ver cuadro 3); Así el Programa de Atención Integral a Niños y

<sup>1</sup> Revista del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", Secretaría de Salubridad y Asistencia, D.F., 1975, Pág. 7

**Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual denominado por la sigla P.A.I.N.A.V.A.S., sólo atiende a menores que han sido agredidos sexualmente, considerándose que "el abuso sexual abarca: el exhibicionismo, la exposición a material pornográfico, al hostigamiento verbal, los tocamientos de genitales, la estimulación oral, la introducción de objetos y el coito vaginal o anal"<sup>2</sup> provocando estos actos perturbaciones en la conciencia del menor, originando un malestar emocional. Por ello el P.A.I.N.A.V.A.S., en su servicio proporciona manejos psicoterapéuticos individuales, grupales y familiares; así como, orientación e información sobre el manejo del menor en el hogar, procurando con esto la superación emocional ante el evento, tanto para el paciente como para la familia (padres).**

**El P.A.I.N.A.V.A.S., trabaja con un equipo conformado por distintas disciplinas: Psiquiatría, Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social (Pediatria participa en algunas ocasiones en la exploración ginecológica y física); cada una de ellas interviene desde su campo de acción y conjuntan los diversos aspectos que afectan el desarrollo de los pacientes procurando obtener un contexto general el cual les permita determinar la forma en que será aplicado el tratamiento.**

**Este trabajo interdisciplinario tiene además una segunda función, dentro del hospital se efectúan sesiones clínicas de las cuales al programa le corresponde exponer algún caso o casos con una patología difícil que requiera de un análisis profundo, en donde el personal del hospital de los diferentes servicios discuten sobre las acciones que se han realizado en el tratamiento de los pacientes, o manifiestan sugerencias aplicables en las terapias; así es como el programa funciona dentro del hospital.**

**En relación a su participación fuera de la institución se puede decir que cubre espacios relacionados con el abuso sexual. "En octubre de 1989 se publica en el Diario Oficial**

---

<sup>2</sup> Suzanne M. Grel, Revista femenina, Año 10, No. 47, Agosto - Septiembre 1986, Artículo "Qué es y cómo se da el abuso sexual de menores (Algo para reflexionar)".

de la Federación el convenio denominado: Bases de colaboración que celebra la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y la Secretaría de Salud; cuyo objeto fue fijar los mecanismos de colaboración entre ambas instituciones para instrumentar el "Programa de servicios legales y salud en el D.F., en favor de las Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales"<sup>3</sup>

En dicho programa el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" tuvo participación por medio de la colaboración del P.A.I.N.A.V.A.S.; La tarea ejecutada con la Procuraduría consistía en realizar un enlistado del número de casos que llegaban a hacer la denuncia en forma legal proporcionándose el número de averiguación previa; asimismo, al personal encargado del P.A.I.N.A.V.A.S., daba la información necesaria a padres de los pacientes sobre las instituciones que podrían brindarles atención y apoyo jurídico.

En relación a las otras instituciones participantes en el programa establecido por la Procuraduría General de Justicia del D.F. y la Secretaría de Salud, su función consistía en ser un enlace para canalizar; la forma en que se daba la coordinación interinstitucional era a partir de reuniones, en las cuales se realizaban comentarios de los avances y puntos de vista sobre el funcionamiento del programa; dichas reuniones se llevaban a cabo en alguna de las instituciones que intervenían, entre ellas: el Hospital General de Ticomán, Hospital de la Mujer, Hospital Nacional Homeopático, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", y las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales de la Procuraduría General de Justicia del D.F. ubicadas en las Delegaciones Venustiano Carranza, Miguel Hidalgo, Gustavo A. Madero y Coyoacán.

---

<sup>3</sup> Procuraduría General de Justicia del D.F., Secretaría de Salud "Programa de servicios legales y salud en el D.F., en favor de las Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales", México, D.F., 1992.

Lo anterior permite observar que los lineamientos sobre los cuales funciona el P.A.I.N.A.V.A.S. no se desligan del objetivo general del hospital ya antes mencionado, ni de las Políticas Sociales que se establecen en el área de la Salud durante el sexenio 89-94 referentes a la "Salud, Asistencia y Seguridad Social, donde se describe como una de las estrategias : Consolidar la coordinación de los Servicios de Salud".<sup>4</sup>

La funcionalidad y lugar que el Programa de Abuso Sexual ha tenido desde hace seis años en el Hospital Psiquiátrico no ha dejado de actuar por alcanzar al cumplimiento de su objetivo institucional, sino por lo contrario, sigue teniendo espacios para la difusión de sus servicios en los medios de comunicación masiva, como lo es la radio y la televisión.

#### **1.1.1. ANTECEDENTES, FUNCIONES Y OBJETIVOS DEL PROGRAMA.**

A partir de la demanda sobre la atención de casos en víctimas de abuso sexual en el Hospital se va la necesidad de crear un servicio, el cual se dedique al tratamiento exclusivo de pacientes con este problema. Por ello nace el Programa de Atención Integral a Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual (P.A.I.N.A.V.A.S.); la formación de dicho programa es un apoyo tanto para el menor agredido como para la familia, ya que se ha observado que la existencia del tabú sobre la sexualidad establecido en la sociedad de nuestro país, el manejo de valores morales, la magnitud del problema y el significado que encierra al abuso sexual son aspectos que crean en el ser humano una barrera, la cual le impide expresar abiertamente el evento ocurrido, sin temor a ser señalado o sentirse devaluado más aun cuando el agrasor se encuentra en el núcleo familiar.

---

<sup>4</sup> Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, Poder Ejecutivo Federal, Punto 6.2.3. "Salud, Asistencia y Seguridad Social", Pág. 105-106.

**El P.A.I.N.A.V.A.S., se crea en el año de 1989, siendo una doctora especialista en Psiquiatría la precursora del programa y en proporcionar la atención terapéutica a menores víctimas de abuso sexual, junto con el equipo interdisciplinario que todo problema multicausal de Salud Mental debe tener: Psiquiatría, Psicología, Pediatría y Trabajo Social; con la intervención de estos profesionistas se proporciona una terapia eficaz.**

**Este programa cuenta en el hospital con una área destinada a partir de 1993, cuando el número de casos ya se había incrementado. En el inicio del programa se tenían un total de 37 casos, en 1990 se sumaron otros 52 casos; en 1991 se atendieron 96; 1992 un total de 120 y 83 casos en 1993, los cuales para el año en que se asigna un área independiente el número de casos en forma global sumaban un total de 384; en 1994 el número de pacientes aumentó a 122, teniendo en general 500 casos. Esta cantidad de pacientes han sido atendidos por varios psiquiatras en formación que realizan sus actividades durante un tiempo de seis meses en la intervención del programa; a los cuales se les conoce como médicos residentes, cada año presentan sus servicios 4 médicos teniendo cada uno sus propios pacientes y atendiendo a aquellos que el médico antecesor no ha dado de alta.**

**El número de médicos que hasta 1994 han intervenido son 24; respecto al área de psicología han estado en actividad 12 psicólogos; en cuanto al área de trabajo social han intervenido 7, siendo 4 a nivel técnico y 3 de licenciatura, todas con especialidad en psiquiatría.**

**Actualmente el personal del P.A.I.N.A.V.A.S., está conformado por la jefa del servicio que es una doctora especialista en Psiquiatría, con maestría en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, una doctora especialista en Psiquiatría Infantil adscrita al servicio; una**

**Trabajadora Social con especialidad en Trabajo Social Psiquiátrico, adscrita al servicio; una doctora residente en psiquiatría, y una Psicóloga.\***

Quando el P.A.I.N.A.V.A.S., comienza a funcionar la aceptación de este; es dubitable por los integrantes del equipo de salud de los demás servicios; las exposiciones presentadas en sesiones clínicas por los miembros del programa, en un principio no eran creíbles por los asistentes; al expresar su desconcierto cuando se describía la existencia del incesto, del acoso constante del agresor, y el secreto del evento por los mismos padres, así como, el extremo daño físico y emocional en las víctimas.

La aprobación del programa en el hospital se da desde el momento en que los demás servicios que se encuentren dentro de la institución canalizan a pacientes que en un principio fueron enviados a su clínica, y al momento de detectar un caso en el cual se advertía una situación de abuso sexual; el paciente desde ese momento era transferido al P.A.I.N.A.V.A.S. logrando una confirmación de lo que se advertía y proporcionándose el tratamiento. El personal técnico fue tomando conciencia de la verdadera existencia de los casos; así como, de la atención individual, que realmente requerían los pacientes, de la capacidad y especialidad del equipo tratante sobre el manejo del Abuso Sexual, y la problemática comprendida por este acto a nivel individual, familiar y social.

Sobre el programa no existe de manera íntegra una memoria o reseña, pero cada año se realiza un control y análisis acerca de los logros alcanzados; proporcionándose así de manera autogestiva entre los miembros del equipo sugerencias en la atención terapéutica de los pacientes. A pesar de ello se ha participado en reuniones donde se da a conocer la existencia del programa en la institución; así como de la población que es atendida, sirviéndoles de base el análisis y control llevado a cabo anualmente,

---

\* Hasta 1994.

siendo este expuesto en convenciones, congresos o en instituciones del área psiquiátrica, psicológica e de trabajo social.

Además el P.A.I.N.A.V.A.S. se ha dado a conocer a nivel general ante la sociedad a través de los medios de comunicación, en entrevistas realizadas por la radio o por medio de programas televisivos de atención informativa o educativa.

El programa tiene como objetivo: Proporcionar atención psiquiátrica y psicosocial a menores víctimas de abuso sexual con la finalidad de restablecer su estado emocional; para ello sus funciones van encaminadas a establecer una organización entre los miembros del equipo para definir estrategias de intervención, teniendo acciones como: realizar entrevistas a los familiares del paciente, entrevistas a los pacientes víctimas de abuso sexual, orientar a los padres de familia en el manejo y enseñanza e seguir con el menor; así como, sensibilizarlos para que sean participes en el tratamiento de sus hijos.

En los casos donde el agresor es el padre, padrastro, hermano, hermanastro; las técnicas van dirigidas principalmente a la madre quien es en la mayoría de las veces la que existe con el o la menor; es importante en este tipo de situaciones la insistencia que se hace a la madre para la asistencia del agresor a una entrevista y lograr así su canalización a la institución donde se le pueda proporcionar ayuda; ya que el P.A.I.N.A.V.A.S., no tiene como función específica trabajar o abordar en forma plena al agresor.

#### **1.1.2. INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA.**

"La multicausalidad de la enfermedad mental lleva al equipo de salud a establecer estrategias de intervención que no sólo delimitan la participación de cada uno de los

integrantes abordando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del trastorno individual, sino en forma conjunta se aborda al paciente y a su medio social llamado familia, escuela, comunidad en la búsqueda de alternativas a dicha psicopatología.<sup>3</sup>

Por ello la intervención del Trabajo Social en el programa está caracterizada como la disciplina sustancial para abordar la problemática del abuso sexual, en el ámbito social y en el entorno sobre el cual se mueve el paciente; reconociéndose principalmente por contar con las aptitudes, habilidades y destreza, en cuanto al manejo de grupos y del trato con la población. En base a esto, el trabajador social designado por la jefatura de trabajo social en el servicio del P.A.I.N.A.V.A.S. tiene como funciones generales formar un grupo de orientación que justifique sus actividades en el aspecto educativo y ejecutar acciones administrativas, asistenciales y de investigación.

En forma directa de acuerdo con el programa y la problemática del abuso sexual, el trabajador social debe tener conocimiento sobre el desarrollo del niño, la dinámica familiar y un amplio criterio para comprender y conocer todos los aspectos que encierra el abuso sexual infantil en relación a los efectos y repercusiones que tal evento produce tanto en el menor como en la familia, para así poder manejar el abuso en forma eficiente y adecuada, teniendo como objetivos:

- "Establecer relación con la familia para lograr la disminución de la ansiedad y culpa.
- Proporcionar atención individual y orientación necesaria a los familiares de los menores víctimas de abuso sexual.
- Ayudar a la familia a la identificación de problemas no sentidos y de los recursos familiares e institucionales.

---

<sup>3</sup> Granelos Cripta, et al. "El desempeño profesional del trabajador social psiquiátrico en Instituciones Públicas de Salud Mental Infantil", Tesis, E.N.T.S., UNAM 1990, Pág. 73.

- **Asegurar en lo posible la participación de la familia en el tratamiento integral del menor.**
- **Participar activamente en el equipo interdisciplinario<sup>6</sup>**

Dichos objetivos son llevados a cabo de manera eficaz dependiendo de la responsabilidad profesional con que el trabajador social intervenga y desempeñe sus acciones.

#### **1.1.2.1. NIVEL DE INTERVENCIÓN EN EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.**

En lo que respecta a la posición del Trabajo Social en relación a la intervención con el equipo, el trabajador social ha tenido una participación importante al proporcionar la ayuda y estímulo hacia el paciente y familia del menor agredido, para sensibilizarlos a que sean cooperadores en la terapia, reafirmandose su capacidad de análisis para describir y conocer la forma en que los familiares comprenden la situación del menor ante tal evento; la manera en que han participado estos en el avance del tratamiento, el tipo de apoyo que son capaces de proporcionar al paciente durante y después de las terapias. Es por ello que "el psiquiatra progresista considera a la trabajadora social como un colega que tiene adiestramiento especial y que desempeña una parte importante en la evaluación y rehabilitación del paciente; también quien a veces participa activamente dentro del tratamiento y que es un experto en manejar y aconsejar sobre los aspectos ambientales del caso<sup>7</sup>"; así como de proporcionar orientación adecuada a los padres y familia del paciente.

<sup>6</sup> Antonio Caguera Claudia, et al., "El trabajador social y la orientación grupal a padres de niñas víctimas de abuso sexual que acuden al Hospital Psiquiátrico Infancia, en el periodo 89-90". Tesis, ENTS, UNAM 1992, Pág. 17.

<sup>7</sup> Alistair Munro, et al., "Psiquiatría para trabajadoras sociales". México D.F., Editorial CECSA 1987., Pág. 284.

## **1.2. PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL EN LA ATENCIÓN AL MENOR VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL.**

En el párrafo anterior ya se he descrito la intervención y funciones que el trabajo social cumple dentro del P.A.I.N.A.V.A.S., en este punto se describiré el programa de intervención en el servicio social, el cual se nombra: "La atención psicosocial a la familia de niños y adolescentes víctimas de abuso sexual".

Para poder manejar una atención adecuada a los menores victimizados fue necesario tener un conocimiento anterior sobre lo que es el abuso sexual infantil, para ello de antemano se realizó la lectura del libro: "Abuso sexual al menor, causas, consecuencias y tratamiento psicosexual", del autor David Finkelhor, el cual maneja en forma más completa todo aquello que se involucra en la victimización sexual. También se estableció un contacto inicial con los casos únicamente como observador; esa participación fué considerada pertinente por la trabajadora social para poder ingresar al P.A.I.N.A.V.A.S..

Esa primera aproximación es de considerarse importante ya que para la intervención de este problema no basta con tener buenas intenciones o pensar que los casos pueden manejarse como una enfermedad que puede ser contrarrestada con un antibiótico. Se tiene que hacer conciencia de que es necesario tener una formación profesional completa y especializada por la complejidad que implica su manejo, al considerarse que el abuso sexual está rodeado de desinformación, miedo, agresión y culpa.

En un principio la intervención del prestador del servicio consiste en abordar los casos de pacientes hospitalizados en la institución, acciones que no fueron posibles de llevar

a cabo por cambios de servicios realizados en el personal técnico del hospital. No contándose con esta oportunidad, se tiene la opción de una intervención con el grupo de orientación a padres de menores víctimas de abuso sexual; es así como se decide la elaboración de un programa que se desarrolle con los padres y al mismo tiempo se propicie un apoyo en el tratamiento de sus hijos y poder manejar a partir de ello la participación del trabajo social en la atención a los menores victimizados.

La atención hacia los menores no se da únicamente a partir de la orientación a los padres de estos, también se aborda en el ámbito correspondiente al seguimiento de casos. Al presentarse el paciente por primera vez al programa de abuso sexual (P.A.I.N.A.V.A.S.); tiene una entrevista con el médico psiquiatra para conocer la causa por la cual asiste al servicio; en forma inicial se obtiene información familiar y después se aborda al paciente con la finalidad de determinar las acciones a seguir en base a las características del caso. Posteriormente el trabajador social inicia su intervención en la fase de la investigación efectuando la elaboración del estudio de 1er. Nivel con objeto de obtener información sociofamiliar y en forma más directa sobre la dinámica familiar, y además permite al trabajador social tener una visión general de las condiciones en que se encuentra el paciente y su familia, con lo cual llega a la formulación de un diagnóstico. En esta fase se aboca a conocer la información y expectativas de la familia en tanto al problema, principalmente en saber lo que se conoce sobre el abuso sexual, cuales son sus alcances ante el apoyo de la institución y sobre todo se analiza lo que se está haciendo para resolver o enfrentar el problema; después de haber elaborado un diagnóstico, ahora cuenta con los elementos necesarios para determinar la forma en que se proporcionará orientación y el seguimiento que se requiere para determinado caso, ya sea indicando la integración de los padres al grupo de orientación, proporcionar el tratamiento psicosocial en forma individual, o realizar ambas acciones.

En relación a la orientación individual la intervención se centra principalmente en las áreas de mayor conflicto, las cuales se detectan en la dinámica familiar: comunicación,

manejo de autoridad, expresión de afectos, establecimiento de normas y límites, interacción, y convivencia de los miembros.

En cuanto a la orientación grupal el proceso se maneja desde la selección de la información, la integración y conducción del mismo, lo cual es necesario para lograr la sensibilización de los padres en lo que representa el abuso sexual y las repercusiones que esto conlleva en el paciente y la familia.

Con la formación del grupo se pretende que en éste los padres compartan la experiencia y el manejo que se ha dado en la familia, permitiéndoles reducir la tensión emocional acumulada durante el tiempo que se guardó como secreto el evento, así como, lograr disminuir el sentimiento de culpa en ellos mismos. Generalmente las madres manifiestan sentimientos de soledad después del acontecimiento, principalmente por la falta de apoyo de su pareja, impotencia ante su incapacidad para proporcionar ayuda a su hijo, la presencia de culpa por no haber hecho algo que evitara el abuso y sobre todo por no haber identificado síntomas respecto al mismo. Por ello es importante mencionar que es indispensable la formación de grupos en la problemática que encierra el abuso sexual; sobre todo porque permite preparar a los padres para los cambios que se producen en los niños y adolescentes, básicamente en el curso de su tratamiento, para que aprendan a manejar adecuadamente la conducta del paciente.

Entre los miembros de dicho grupo se promueve la participación, reflexión y el apoyo compartido; con el objeto de disminuir la ansiedad, sentimiento de culpa y que finalmente descubran que no se encuentran solos ante el problema que enfrentan. De esta forma es como en términos generales se ha realizado la intervención de la práctica del servicio social, tanto en el grupo como en la atención de casos.

Una vez descrita la forma de la integración al P.A.I.N.A.V.A.S., y la manera en que se trabaja, es pertinente hacer mención ahora del programa de intervención del servicio social, el cual se desarrolla directamente con el grupo de orientación a padres.

### **Programa de Servicio Social : "ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA FAMILIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL".**

#### **1.2.1. JUSTIFICACIÓN.**

El abuso sexual en niños y adolescentes ha sido una de las formas de maltrato más frecuente en nuestro medio; el maltrato no implica solamente el acto de agredir verbal o físicamente, sino que también se extiende en todo el contexto biopsicosocial del ser humano, lo cual implica al abuso sexual como una manifestación de agresión que afecta el ambiente familiar violando normas y tabúes sociales.

Este aspecto desde el punto de vista de la Salud Mental requiere de atención especial para el manejo de un nuevo equilibrio emocional en el individuo; para ello el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" cuenta con un "Programa de Atención Integral a Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual"; que tiene por objetivo brindar atención psicosocial y médica.

Dentro del equipo interdisciplinario que está a cargo de este servicio se encuentra el Trabajador Social, quien cumple sus acciones en el manejo de casos y de grupo de orientación familiar, tomando en cuenta que la Salud Mental contempla una tarea consistente en impulsar al individuo e expresar lo que le ocurre, aprendiendo a atender el problema y buscar alternativas de solución. El Trabajador Social lleva a cabo un

proceso de investigación y diagnóstico que le permite elaborar un seguimiento del tratamiento.

Por lo tanto el trabajador social debe enriquecer constantemente los elementos nuevos que la práctica ofrece para obtener la experiencia en el área de salud, y proporcionar o aplicar los elementos ya obtenidos durante la formación profesional.

### **1.2.2. OBJETIVOS Y METAS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

**Proporcionar atención psicosocial individual y grupal a padres de niños y adolescentes víctimas de abuso sexual que asistan al servicio.**

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ♦ **Formar grupos para padres de niños y adolescentes víctimas de abuso sexual, con la finalidad de orientarles sobre como enfrentar el problema.**
- ♦ **Concientizar a los padres sobre su participación en el tratamiento integral del menor.**
- ♦ **Brindar atención individual a los padres de niños y adolescentes víctimas de abuso sexual.**
- ♦ **Coordinar las actividades con el equipo interdisciplinario para establecer un tratamiento adecuado.**

## **METAS**

- ◊ Lograr que el 80 % de los padres que asistan al servicio durante el lapso de 7 meses reciban atención psicosocial.
- ◊ Lograr el 85 % de asistencia y participación de los padres en las sesiones de grupo para involucrarlos en el tratamiento del menor.
- ◊ Alcanzar el 80 % de coordinación con el equipo interdisciplinario en relación al tratamiento de los pacientes.

### **1.2.3. LIMITES**

**TIEMPO:** Prestación del servicio social 6 horas diarias de Lunes a Viernes, durante 6 meses (Mayo - Diciembre). Sesiones grupales un día a la semana, duración una hora a hora y media.

**ESPACIO:** Área de P.A.I.N.A.V.A.S., del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

**UNIVERSO:** Familia (nuclear, extensa) de los menores que acudan al Programa de Atención Integral a Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual. (P.A.I.N.A.V.A.S.)

#### **1.2.4. ORGANIZACIÓN.**

El programa P.A.I.N.A.V.A.S., está conformado por un equipo interdisciplinario que tiene a su cargo la atención integral del paciente a nivel de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; el personal de las áreas son:

**Psiquiatría:** -- Una doctora Paidopsiquiatra jefa del servicio (del programa).  
-- Una doctora Paidopsiquiatra adscrita al servicio.  
-- Dos médicos residentes en psiquiatría.

**Psicología:** -- Un psicólogo clínico responsable del área de psicología en el programa.

**Trabajo Social:** -- Un Trabajador Social Psiquiátrico adscrito al servicio y responsable del área psicosocial del programa.  
-- Un prestador de Servicio Social en Trabajo Social (pasante).

**Servicios de apoyo:** -- Pediatría.  
-- Una secretaria.

Como parte integral del programa se trabaja con la familia, de esta forma se integran grupos de orientación a padres con acciones socioeducativas, en la familia sobre la problemática del abuso sexual.

La doctora paidopsiquiatra jefa del programa tiene a su cargo la organización, coordinación, control y evaluación del mismo.

**La doctora psiquiatra adscrita organiza y coordina las actividades con los médicos residentes; también atiende y proporciona tratamiento a pacientes.**

**Las actividades de los médicos residentes van dirigidas a la atención, diagnósticos y tratamiento del paciente, se encuentran integrados en el equipo interdisciplinario bajo la supervisión del médico psiquiatra adscrito y del jefe del programa.**

**La psicóloga responsable del programa tiene a su cargo la organización y funcionamiento de las actividades correspondientes a su área; así como, las relacionadas al diagnóstico y manejo terapéutico individual o de grupo con los pacientes.**

**La trabajadora social adscrita tiene a su cargo la organización y funcionamiento de las actividades propias de su área, el manejo de grupo de padres de los pacientes; forma parte del equipo interdisciplinario y sus acciones van dirigidas al diagnóstico y tratamiento psicosocial de los menores.**

**La pasante de trabajo social realiza actividades propias del área psicosocial, con la supervisión del personal adscrito al programa; principalmente por la trabajadora social. Entre sus funciones y actividades se encuentran:**

- Asistencial:**
- Elaboración de valoraciones de 1a. vez.**
  - Aplicación de estudios de primer nivel para obtener información sociofamiliar**
  - Realización de diagnósticos psicosociales, utilizando técnicas como: la entrevista y observación.**
  - Rescate de pacientes por medio de llamadas telefónicas y elaboración de telegramas.**
  - Seguimiento de caso, realizar visitas escolares, domiciliarias**

e institucionales, según lo requiera cada uno de los casos.

- Coordinación con el equipo interdisciplinario en el tratamiento de los pacientes.

**Educación:** — Formar grupos de orientación.

- Diseñar material de apoyo didáctico.
- Coordinar actividades del grupo.
- Elaborar crónicas grupales.

Los recursos materiales con los que se cuentan en el programa para el logro de las acciones son:

- Cubículo.
- Aula de reuniones grupales.
- Biblioteca (revisión de material para el grupo).
- Vehículo de transporte (para realizar vistas domiciliarias e institucionales).
- Televisión y videocasetes.
- Servicio de fotocopiado.
- Papelería (plumones, lápices, hojas, gomas, folders, clips, etcétera.).

#### **1.2.5. SUPERVISIÓN.**

La supervisión fue manejada de manera simultánea al ejercicio de la práctica por la Trabajadora Social adscrita al servicio. En lo que respecta a la elaboración del programa de intervención en el P.A.I.N.A.V.A.S.; los informes bimensuales y la sistematización del servicio social fue supervisado por la jefa del área de Trabajo Social.

La supervisión en las funciones asistenciales se dió de la siguiente manera: en la aplicación de valoraciones de primera vez y estudios de primer nivel; el supervisor, en este caso la trabajadora social adscrita al servicio se encontraba presente durante la realización de la entrevista con la finalidad de observar las habilidades del prestador del servicio, en el desarrollo que éste daba a la entrevista; así como la forma en que se proporcionaba al entrevistador la orientación psicosocial. Indicando al final de la tarea realizada aspectos importantes que no se hubiesen tomado en cuenta, también se procuraba verificar la redacción y descripción que se manejaba en la elaboración de la impresión diagnóstica antes de que el estudio se anexara al expediente de los pacientes, con el propósito de ir analizando la información obtenida a partir de los datos proporcionados por los padres en cuanto a la problemática abordada y la teoría existente sobre la dinámica familiar, principalmente para poder diagnosticar a una familia como funcional o disfuncional, y verificar de esta manera si el plan de acciones a seguir son los adecuados.

En relación a las actividades de rescate de pacientes se elaboraba una lista cada inicio de semana, seleccionándose a aquellos pacientes que habían dejado de asistir a sus citas, ratificados por el médico tratante. En este caso la supervisión se realizaba al final de la semana por medio de una revisión por parte de la supervisora a los expedientes de los pacientes que se encontraban en la lista, con el objeto de verificar la ejecución de la actividad; ya que en los expedientes se anexaba el motivo de la llamada telefónica o una copia del telegrama enviado. de esta manera se manejaba un control de la actividad, en la cual ambas trabajadoras sociales se coordinaban para realizar las llamadas o los envíos de telegramas.

En el seguimiento de casos, la supervisión se manejaba desde el momento en que se daban a conocer las acciones a seguir en cada uno de los casos a partir de la

Impresión diagnóstica y la ejecución de las entrevistas a seguir, se realizaba en forma conjunta.

La programación de visitas ya fueran domiciliarias, institucionales o escolares, eran efectuadas por ambas trabajadoras sociales. La supervisión en estas actividades consistía en indicar al final de la tarea aspectos que no fueron tomados en cuenta y actitudes o intervenciones que no debieron haberse hecho; con la finalidad de evitar errores en otras ocasiones, aprendiendo de experiencias positivas o negativas.

La supervisión en las actividades educativas no difieren en mucho de las ejecutadas en la función asistencial; en estas se manejó desde un principio una coordinación entre ambas trabajadoras sociales, alternando las acciones en cuanto a la conducción grupal y en la elaboración de crónicas grupales, con la finalidad de realizar una supervisión que permitiera la observación de la evolución del prestador del servicio en el grupo, la conducción de éste y el manejo de técnicas; haciéndose al final de las sesiones las indicaciones pertinentes para mejorar las técnicas empleadas en el manejo grupal.

En la elaboración de crónicas estas también fueron efectuadas por ambas trabajadoras sociales: aunque algunas veces quedaba a cargo de una sola, esto dependía del tema que se manejara. La razón por la cual se hacía en forma conjunta consistía en que esto permitiría la realización de una descripción más exacta y adecuada ya que ambas intervenciones complementaban el contenido de la crónica.

La supervisión permitió observar a tiempo deficiencias, al logro de una retroalimentación entre los profesionistas, un análisis y reflexión en la conducción de las diversas actividades y del grupo; teniendo como consecuencia una proyección objetiva del trabajo, facilitando el aprendizaje y la interacción teoría y práctica. La lectura y revisión de materiales (libros, revistas, etc.) relacionados con el abuso sexual; así como, expedientes de pacientes, dieron la apertura a la obtención de un marco

referencial, lo cual permitió la coherencia, consistencia e integración de las acciones desarrolladas.

### **1.2.6. EVALUACIÓN.**

La evaluación durante la prestación del servicio fue continua, periódica con asesorías y supervisión mensuales. De acuerdo a las actividades realizadas en la práctica del servicio social se considera importante manejar dos evaluaciones: la primera de ellas corresponde obviamente al programa de intervención; en este caso, el que se ha venido manejando, del cual se describirá cuales fueron los alcances en el cumplimiento de las metas y objetivos planteados. Una segunda evaluación corresponderá a la intervención en los casos presentados durante el tiempo en que se presentó el servicio, tomándose en cuenta aquellos donde se tuvo una participación directa.

#### **1.2.6.1. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA:**

En la evaluación del alcance de las metas y objetivos establecidos en el programa se tomaron en cuenta las crónicas grupales y la ficha de individualización de los miembros; material que permitió la obtención de indicadores los cuales se encaminaron principalmente hacia la obtención de un panorama aproximado sobre los cambios que se generan en los miembros del grupo a partir de la aplicación de temas y técnicas en busca de una sensibilización, concientización y reflexión sobre la problemática, en este caso el abuso sexual.

En relación a las metas se pretendía que a un 80% de los padres que asistieran al P.A.I.N.A.V.A.S., se les proporcionara atención psicoesocial.

De un total de 64 casos que se presentaron durante el tiempo de duración del servicio, el 40% de estos acudió a las sesiones grupales, otro 10% asistió a orientación en otra institución; un 30% argumentaba la ocupación del horario de las reuniones grupales con su trabajo, además de ser el sustento económico de la familia; otro 5% dejaba notar desde la primera entrevista su falta de interés en el padecimiento del menor; así como, de su intervención en las terapias de su familiar; el 15% restante se dedicaba directamente al cuidado de los hijos y a sus labores domésticas, mencionando no contar con algún tiempo libre.

Por lo tanto sólo el 40% obtuvo la atención psicosocial, observándose en la siguiente tabla que a este porcentaje corresponden un total de 26 padres de entre los 64 casos atendidos.

### **RELACIÓN DE ASISTENCIA E INASISTENCIA A GRUPOS DE ORIENTACIÓN.**

<b>CONCEPTO</b>	<b>No. DE PADRES</b>	<b>%</b>
<b>*Padres asistentes a las sesiones grupales.</b>	<b>28</b>	<b>40</b>
<b>*Asistencia a otra institución de apoyo.</b>	<b>6</b>	<b>10</b>
<b>Relación del horario de trabajo con el de las sesiones.</b>	<b>19</b>	<b>30</b>
<b>Dedicación al hogar (actividad doméstica y cuidado de los hijos).</b>	<b>10</b>	<b>15</b>
<b>Falta de interés al padecimiento del menor y al grupo.</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
<b>TOTAL DE CASOS</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

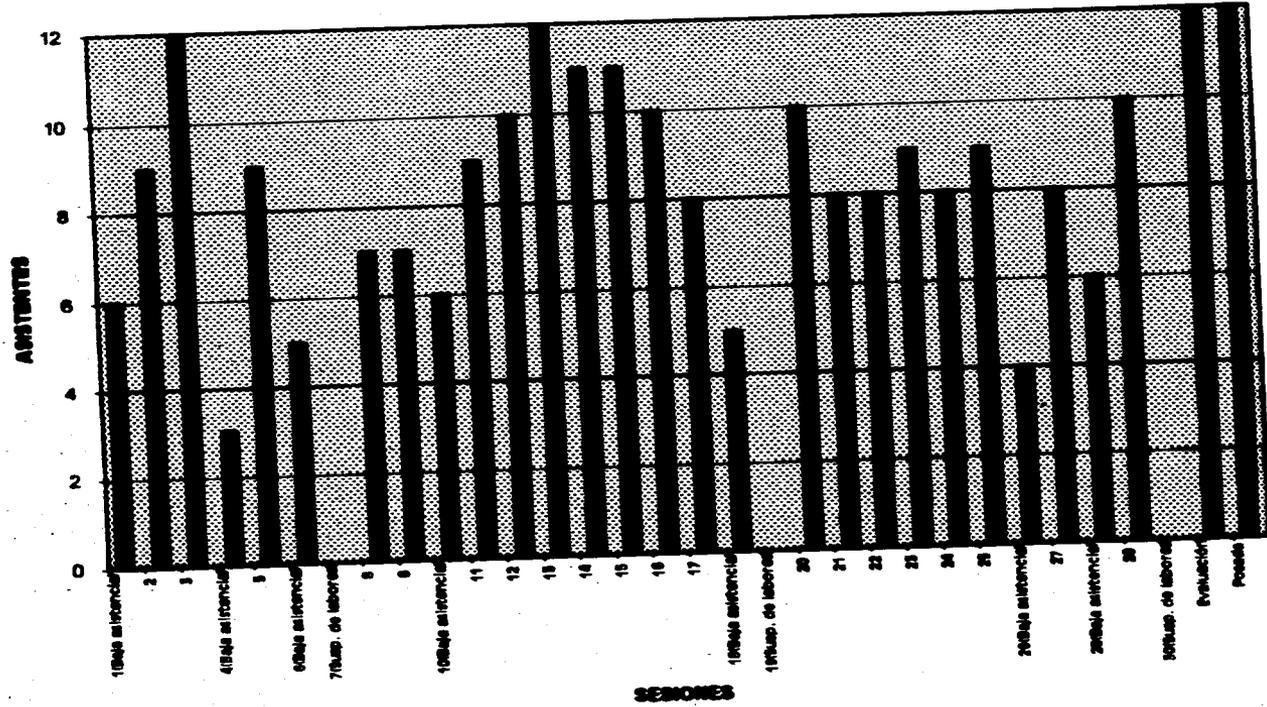
En forma general se observa que sólo un \*50% del total de casos reciben atención psicosocial independientemente de la institución a la que asisten; esto es, de 64 casos 32 asisten a orientación. En cuanto al 50% restante se puede decir que tienen una desventaja en relación a la mayoría de sus hijos, ya que es indispensable la participación de los padres en el tratamiento; por ser quienes observan directamente los comportamientos de sus menores.

-Una segunda meta consistía en lograr un 85% de asistencia y participación de los padres en las sesiones grupales; de lo cual se logró en participación un 80% al cual corresponde un 84% del 85% que se aspiraba cumplir. El grupo se volvió más participativo con la aplicación de técnicas que propician una intervención voluntaria en forma fluida.

En relación a la asistencia se puede considerar que se dio en un 70%; esto se demuestra al observarse la gráfica de asistencia por sesiones, se manejaron 27 sesiones en las cuales sólo se tuvo una asistencia de 3 a 6 miembros en 7 ocasiones.

<b>TOTAL DE REUNIONES GRUPALES</b>	<b>30</b>
<b>SESIONES CON APLICACIÓN DE TEMAS Y</b>	
<b>TÉCNICAS (integradas al final de la evaluación)</b>	<b>27</b>
<b>SESIONES SUSPENDIDAS</b>	<b>3</b>

## ASISTENCIA POR SESIÓN GRUPAL



### ESCALA DE ASISTENCIA POR INTERVALOS.

INTERVALOS	MIEMBROS DEL GRUPO	No. DE SESIONES
1	1-3	1
2	4-6	6
3	7-9	12
4	10-12	6

En esta escala el tercer intervalo indica que en 12 sesiones la asistencia se mantuvo favorable para llevar a cabo una concientización y orientación grupal óptima, el número de entre 7 o 9 miembros permitía un control en las participaciones; y una mayor percepción del tipo de comentario que realizaban los participantes. También el intervalo 4 demuestra un número representativo al considerarse que la asistencia al grupo es voluntaria, pero además en contraste con la gráfica se observa que este número de asistentes se dio durante el periodo de vacaciones escolares (de la sesión 9 a la 16).

Considerándose nula la falta de asistencia al tenerse solamente una sesión con tres elementos.

Con las sesiones realizadas se lograron una serie de cambios en la conducta de los padres, en relación a sus hijos, con los cuales la dinámica familiar que se mantenía en sus hogares también se modificó en forma positiva; esos cambios fueron expresados directamente durante las sesiones, entre estos se encontraron: una mayor y mejor comunicación, demostrar afecto en forma directa, tenerles confianza (creerles), proporcionarles orientación, una educación sexual, brindarles una mejor protección,

apoyo, ponerles atención cuando ellos lo piden y generarles autoestima y seguridad. Las crónicas grupales permitieron obtener esos aspectos en donde los miembros mencionaban la modificación de actitudes que permitirían lograr un restablecimiento emocional y conductual en sus hijos , así como, una prevención sobre cualquier otra agresión parecida o distinta al abuso sexual. Cada uno de los puntos ya antes citados fueron tratados en distintas sesiones; en la valoración de los cambios de los miembros del grupo fue indispensable la técnica de la observación directa hacia la actitud de cada uno de los integrantes durante las sesiones y la calidad de su participación; para ello se analizó cómo fue su participación desde el momento de su ingreso al grupo hasta la evaluación final

El siguiente cuadro presenta el número de sesiones en las cuales se tocó el tema y la frecuencia en que fue manejado por los padres.

## TEMAS O ASPECTOS DE LOS PADRES PARA DAR APOYO

ASPECTOS	No. DE SESIONES	FRECUENCIA
• COMUNICACIÓN	17	43
• DEMOSTRACIÓN DE AFECTO	9	16
• CONFIANZA	18	30
• ORIENTACIÓN	14	22
• EDUCACIÓN SEXUAL	13	19
AUTOESTIMA	7	11
PROTECCIÓN	6	7
APOYO	9	12
SEGURIDAD	6	7
• ATENCIÓN	18	28

El cuadro demuestra que 8 aspectos fueron encontrados en la discusión por los padres como elementos básicos para mantener una adecuada dinámica familiar, y en el apoyo que podían proporcionar a sus hijos en cuanto a su terapia.

Sobre el aspecto del "autoestima", es conveniente mencionar que era desconocido para la mayoría de los padres; por ello sus frecuencias no demuestran un número muy alto, pero sí se debe considerar como un cambio importante en los padres al darse cuenta de lo indispensable que es el quererse uno mismo, y así poder alimentar la "autoestima" de su pareja y de sus hijos.

-La última de las metas del programa consistía en alcanzar el 80% de coordinación con el equipo interdisciplinario, porcentaje considerado por el prestador como pertinente, ya que desde el ingreso al servicio se percató la falta de coordinación entre los profesionales que conforman el equipo interdisciplinario; del 80% sólo se logró un 50% ya que era una actividad que no se encontraba programada entre el equipo.

A pesar de ello en un promedio de 2 meses se tenían 5 reuniones, en las cuales se manejaban solamente casos de pacientes que le interesaran al médico tratante (psiquiatra o psiquiatra), o en forma especial a alguna de las áreas del equipo interdisciplinario.

A partir de la exposición de casos del servicio en sesión clínica al personal técnico de la institución, se origina una programación de reuniones del equipo interdisciplinario con la finalidad de realizar vífetas clínicas para dicha sesión, una vez realizada la exposición, la actividad de reunión quedó truncada sobre todo para continuar con un seguimiento de casos en forma colectiva e integral.

Los temas y técnicas aplicadas durante las sesiones que permitieron la sensibilización y concientización de los padres son los siguientes:

#### **TEMAS:**

⇒ Película: "Actos inofensivos". (trata del abuso sexual a menores.)

⇒ Preguntas dirigidas después de la proyección de la película antes mencionada.

. Como se sintieron al observar las agresiones presentadas en la cinta?

. Que sentimientos les despertó la conducta de las personas responsables de la ley?

- . Como demostrar a los hijos seguridad, afecto y confianza?
  - . Cambios de actitud ante los miembros de la familia, posterior al abuso sexual
- ⇒ 'Agresiones Sexuales', ¿Como proteger a tus hijos? (Revista Sociedad, Artículo, Agresiones Sexuales, por Denise Dubois-Jallais; pp. 28-32).
  - ⇒ Preguntas de casos relacionados con el Abuso Sexual.
  - ⇒ "El sexo". (tema extraído del libro: Padres problema y el problema de los padres. Neil A. S.)
  - ⇒ Le ha hablado a sus hijos sobre sexualidad?
  - ⇒ Que entiende por Abuso Sexual?
  - ⇒ Cree que se podría evitar el Abuso Sexual?
  - ⇒ "Violencia repetitiva donde el culpable es la víctima". (Revista Doble Jornada, Artículo Incesto y abuso sexual contra menores. Violencia repetitiva donde "la culpable" es la víctima; por Anne Huffschnie; lunes 1 de noviembre de 1993, pp. 8-9)
  - ⇒ "Cuéntame tus secretos". Lenett ; editorial Grijalbo
  - ⇒ "Orientación para desarrollar la autoestima del niño: Aceptación, Respeto, Límites, Apoyo". (Folleto; Secretaría de Salubridad, Desarrollo Infantil, México D.F. 1994).
  - ⇒ Trabajo con los padres del grupo y los pacientes. (observación de la relación de ambos sujetos en la ejecución de tareas; formación de figuras de papel)

- ⇒ La carta: descripción de cualidades y defectos de los integrantes del grupo.
- ⇒ Comunicación; material de apoyo rompecabezas.
- ⇒ Película: "El saucón". (comunicación, manejo de autoridad y roles de los miembros de la familia)
- ⇒ "Prevención del abuso sexual de los niños; Sugencia para los padres" por la doctora María Jesús Díaz Aguirre.
- ⇒ "Desarrollo del ser humano en la etapa de la pubertad y adolescencia".
- ⇒ Aplicación de técnicas: Abstracción y Regresión.
- ⇒ "Derechos de los niños".
- ⇒ "Sexo y Sexualidad".
- ⇒ "Educación Sexual".
- ⇒ "Grados de crecimiento de los 18 meses a los 9 años; Intereses sexuales y diferenciación". (material extraído del libro: Los noventa; el abuso contra los niños).

## **TÉCNICAS:**

- **Observación.**
- **Participación abierta**
- **Mesas redondas.**
- **Lluvia de ideas.**
- **Elaboración de figuras de papel (apoyo, orientación).**
- **Elaboración de cartas (Qué no nos gusta de nuestros padres).**
- **Elaboración de listas de defectos y cualidades.**
- **Rompecabezas (comunicación verbal y no verbal).**
- **Comunicación sin saber de que se trata.**
- **La vieja y la joven (percepción y abstracción).**
- **Comunicación parcelada.**
- **Yo lo miro así.**
- **Lee figuras.**

- El rumor.
- La historia.

### **1.2.6.2. EVALUACIÓN DE CASOS:**

**El control del número de casos presentados en el transcurso del servicio social se realizó en forma simultánea con las actividades del grupo; con la finalidad de conocer en que ambiente se desenvuelve y encuentra el menor víctima de abuso sexual.**

**Durante 7 meses se presentaron 100 casos de los cuales se atendieron 64; los datos presentados en los siguientes cuadros son representativos de este número de casos atendidos.**

**La evaluación de los casos fué de la siguiente manera:**

- 1) El principal instrumento en la evaluación fue el expediente de los pacientes; realizándose una revisión del contenido, con el objeto de identificar aquellos datos que se contemplaran en la mayoría de ellos, principalmente los relacionados con la dinámica familiar e impresión diagnóstica, y datos generales.**
- 2) Se realizó la formulación de variables que permitieran la obtención de un perfil del usuario del programa (mismos que se presentan en los cuadros).**
- 3) Ejecución del proceso estadístico, el cual consistió en:**
  - **Vaciado de datos de cada uno de los expedientes; de acuerdo a los indicadores establecidos.**
  - **Tabulación de datos con previa clasificación por rubro.**

- Codificación y porcentualización, tomándose en cuenta los 64 casos como el 100%.

- Elaboración de cuadros.

4) Análisis de los cuadros a partir de la información obtenida de los expedientes y de datos teóricos ya obtenidos con anterioridad.

Las variables manejadas son:

1. Edad y Sexo del paciente.

2. Sexo del agresor.

3. Lugar donde ocurrió la agresión.

4. Parentesco con el agresor.

5. Tipo de vivienda.

6. Tipo de familia.

7. Dinámica familiar (aspectos)

- . Comunicación.

- . Autoridad.

- . Límites.

8. Características de la familia.

- . Funcional

- . Disfuncional

## 1. EDAD Y SEXO DEL PACIENTE.

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL DE CASOS
1 a 3	2	1	3
4 a 6	2	10	13
7 a 9	16	13	29
10 a 12	2	4	6
13 a 15	2	7	9
16 a 18	1	4	5
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>39</b>	<b>64</b>
<b>%</b>	<b>39</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

De los casos atendidos el 61% corresponde al sexo femenino y el 39% al sexo masculino; en relación a las edades encontramos que entre los 7 y 9 años la frecuencia aumenta a un número muy considerable. Son edades en que los niños comienzan a separarse por sexo en los juegos; a veces se intercambian información sobre la sexualidad con compañeros del mismo sexo, y tienden a sentirse turbados cuando los ven desnudos; por ello no llegan a relacionar la situación que están viviendo y pueden repetir las acciones del abuso sexual en menores de su misma edad o en más pequeños.

## 2. SEXO DEL AGRESOR.

SEXO	n.	%
Femenino	2	3
Masculino	49	77
No refiere	13	20
TOTAL	64	100

El porcentaje y frecuencia es más elevado en el sexo masculino; existe un mayor número de casos en que los mismos padres desconocen la agresión y al agresor; únicamente asisten con sus menores al servicio porque estos presentan conductas parecidas a las de menores que han sido agredidos sexualmente; esto se corrobora en el transcurso de las terapias, conociéndose hasta ese momento quien es el agresor.

## 3. LUGAR DE LA AGRESIÓN

LUGAR	n.	%
Casa	33	52
Escuela	4	6
*Otro lugar	27	42
TOTAL	64	100

### 3.1. ° OTRO LUGAR

	N.	%
Casa de los	7	11
Casa de abuelos	4	6
Casa de vecinos	3	5
No refieren	13	20
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>42</b>

El 52% de las agresiones ocurren en el mismo domicilio de los menores y del 42% representativo a "OTRO LUGAR" demuestran que de estos el 22% ocurren en domicilios de parientes cercanos o de personas conocidas; por lo tanto encontramos que en el número de casos registrados el 80% de las agresiones fueron realizadas por personas conocidas de la víctima o de sus padres, sumándose a estas el porcentaje correspondiente a la escuela.

#### 4. PARENTESCO CON EL AGRESOR.

PARENTESCO	fr.	%
Padre	6	10
Hermano	4	6
Padraastro	4	6
Tío paterno	4	6
Tío materno	7	11
Abuelo materno	2	3
Abuelo paterno	0	0
Primo	12	18
Amigo	2	3
Vecino	7	11
Maestro	2	3
Cuñado	1	2
No refieren	13	20
<b>TOTALES</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

En lo que respecta al parentesco con el agresor encontramos que las mayores frecuencias se presentan con personas muy cercanas a ellos; directamente en el seno familiar: padre, padraastro, hermano; con accesos más directos a sus víctimas por medio de relaciones amistosas con los padres o de afecto con el menor: tíos, primos y vecinos.

### 6. TIPO DE VIVIENDA.

ZONA	n.	%
Urbana	47	74
Semiurbana	8	12
Rural	4	6
Marginales	5	8
TOTALES	64	100

CONSTRUCCIÓN	n.	%
Planchada	35	55
Semiplanchada	24	37
No refieren	5	8
TOTALES	64	100

REGIMEN DE PROPIEDAD	n.	%
Propia	15	23
No propia	33	52
No refieren	16	25
TOTALES	64	100

<b>SERVICIOS</b>	<b>fr.</b>	<b>%</b>
completos	42	66
Incompletos	9	14
No refieren	13	20
<b>TOTALES</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

El 74% de las familias habitan en la zona urbana debido a la ubicación del hospital que atiende esta problemática; contando un 66% con servicios completos (agua, luz, drenaje, pavimentación, transporte, etcétera.); 55% tienen características de ser planeada, en su mayoría construidas en varios cuartos habitados por diferentes familias, o se maneja una forma de patriarcado o matriarcado; es decir, los hijos casados tienen destinados uno o dos cuartos de la misma casa habitada por los padres. Corroborándose estos aspectos al encontrarse que el 51% de las familias no cuentan con un terreno habitacional propio.

La falta de espacios y el contacto constante con diversas familias en una área reducida, son ambientes propicios para generarse la promiscuidad y existir una agresión sexual; tomándose en cuenta que los datos anteriores demuestran un alto índice de abusos sexuales en la propia casa de la víctima o cerca de esta.

## 6. TIPO DE FAMILIA

	N.	%
Completa	24	37
Completa extensa	6	10
Incompleta	10	16
Incompleta extensa	7	11
Reconstruida	14	21
Sin datos	3	5
<b>TOTALES</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

En lo que respecta al tipo de familia a la cual pertenecen este número de pacientes encontramos que el mayor porcentaje, 37% corresponde a familias completas; pero es de considerarse el porcentaje de familias extensas tanto completas como incompletas, 10% y 11% respectivamente.

Es significativo, en esta muestra que un porcentaje de familias sean extensas (21%), o reconstruidas (21%); lo que nos indica la existencia de problemas en la dinámica familiar principalmente porque en las familias extensas no se definen tan fácilmente los roles de cada miembro y el manejo de autoridad; y en las familias reconstruidas la presencia de padrastros o medios hermanos pueden ser las causas probables de la disfunción familiar.

## 7. DINÁMICA FAMILIAR

COMUNICACIÓN	n.	%
Clara directa	10	16
Indirecta	48	75
Sin datos	6	9
<b>TOTALES</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

EJERCICIO DE LA AUTORIDAD	n.	%
Madre	19	29
Padre	6	9
Ambos padres	24	37
Abuelos	3	5
Tíos	3	5
No está definida	4	6
Sin dato.	6	10
<b>TOTALES</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

<b>LIMITES.</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
<b>Claras reconocidos</b>	<b>6</b>	<b>10</b>
<b>Impuestos, no reconocidos</b>	<b>39</b>	<b>61</b>
<b>Acordados</b>	<b>9</b>	<b>14</b>
<b>No acordados</b>	<b>21</b>	<b>33</b>
<b>No existen</b>	<b>6</b>	<b>10</b>
<b>Sin datos</b>	<b>6</b>	<b>10</b>

Es importante mencionar que en la dinámica familiar, las relaciones en el sistema familiar, la intervención de las familias de origen; son factores que interactúan para determinar si la familia es funcional o disfuncional. En lo que respecta a la dinámica familiar encontramos en estos casos que en un 75% la comunicación es indirecta, lo cual genera conductas de sobreentendimiento.

En relación a la autoridad encontramos que en un 37% es ejercida por ambos padres, pero además es importante tomar en cuenta que en un 29% la autoridad es manejada únicamente por la madre; con ello se observa que la deficiente comunicación y la delegación de autoridad a un solo miembro en situaciones diversas producen que la medida para impartirla sea a partir de la imposición de límites, de los cuales en un 61% de los casos son impuestos y no reconocidos, generando actos de rebeldía; y un 33% no acordados entre los padres. Situación que conlleva en el menor victimizado una desconfianza en cuanto a decidir mencionar lo ocurrido o mantener el secreto.

El manejo de límites impuestos y el no ser acordados por los miembros; indican una patología en la dinámica familiar; por lo tanto es importante hacer mención que de entre los 10 casos donde se maneja una comunicación clara, directa, se encuentran 4

de ellos reconocidos en el cuadro número 8 como parte de familias disfuncionales por presentar datos de límites no acordados, impuestos y no reconocidos. Teniéndose así correlación con el 82% de familias disfuncionales al efectuarse la suma de 48 casos con comunicación indirecta poco clara, más 4 de los casos inmersos en el rubro de comunicación clara directa (52 casos equivalentes al 82% que presentan límites no acordados, impuestos y no reconocidos).

### 8. CARACTERÍSTICA DE LA FAMILIA.

FAMILIA	fr.	%
Funcional	4	6
Disfuncional	52	82
Sin datos	8	12
<b>TOTALES</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Del total de pacientes encontramos que el 82% pertenece a una familia disfuncional; las cuales tienen como característica común la existencia de roles rígidos apareciendo castigos, rebeldía y dominio por determinados miembros, además de provocar situaciones de conflicto en los periodos de crisis o de depresión.

Considerando estos aspectos como una situación determinante para que los menores permanezcan callando la agresión sexual o permitan que esta continúe.

**El programa P.A.I.N.A.V.A.S. surge como una alternativa para atender el problema de victimización sexual; el cual tiene un enfoque dual, atender al individuo agredido y su familia; lo que permite una conducción socio-educativa que propicie una reestructuración en las relaciones familiares y posibilite el tratamiento y rehabilitación del paciente. Para ello la trabajadora social es el profesionalista que interviene en el equipo interdisciplinario encaminando sus sesiones principalmente a la familia con el objetivo de sensibilizarlos y concientizarlos, proporcionando una orientación que conlleve a estos a reestructurar los aspectos de la dinámica familiar que interviene en el desajuste emocional de todos sus integrantes.**

**El trabajador social es el encargado de la conducción del grupo de padres, actividad que se encamina a la atención de casos, de donde extrae aspectos de la dinámica familiar con la finalidad de realizar un seguimiento adecuado de su tratamiento.**

**El abuso sexual es una agresión que se presenta en ambos sexos, la edad escolar (7-9 años) es vulnerable para que se de con mayor frecuencia la victimización sexual; la misma casa es el lugar donde se lleva acabo la agresión cometida por un familiar o conocido muy cercano a él o ella; por lo que generalmente los padres asistentes al grupo de orientación manejan el aspecto de la comunicación y atención entre los miembros de la familia como factor importante para poder enfrentar el problema, apoyo a la víctima y proporcionar medidas de prevención y protección en los demás hijos.**

## CAPITULO II

### **IMPORTANCIA DE LAS ACCIONES EDUCATIVAS EN FAMILIAS ANTE UNA SITUACIÓN DE ABUSO SEXUAL.**

#### **2.1. CAMBIOS QUE SE GENERAN EN LA DINÁMICA FAMILIAR A CAUSA DEL ABUSO SEXUAL.**

En la familia se transmiten los diferentes modelos culturales, los valores, normas sociales y patrones de conducta, aspectos que le permiten al individuo satisfacer su necesidad de ser reconocido y aceptado, y así tener un sentimiento de seguridad; por ello se dice que la familia determina el estado emocional de los hijos, ya que "el niño y la familia crecen en forma conjunta y cuando ésta se va acomodando delimita áreas de autonomía que al niño vive como separación. El menor aprende de sus padres no sólo a diferenciar y clasificar los elementos del mundo; sino que también a evaluar, predecir y diferenciar entre sentimientos buenos y sentimientos malos; entre conducta buena o conducta mala. Un niño necesita tener un buen concepto de sí mismo en dos áreas :

a) Como una persona hábil y capaz; y

b) Como una persona sexual<sup>9</sup>

Estos dos aspectos se van moldeando principalmente en el seno familiar por medio de las interrelaciones que se dan entre cada uno de los miembros de la familia. Esos contactos son conocidos como "Dinámica familiar la cual es una colección de fuerzas positivas y negativas que afectan al comportamiento de cada uno de los integrantes de la familia haciendo que esta como unidad funcione bien

---

<sup>9</sup> Antonio Cequera Claudia, Op cit., Pág. 37 - 38.

**o mal. La manera de pensar, sentir, actuar y presentarse ante los otros que cada miembro de la familia tiene, producirá acercamiento o alejamiento, desarrollo o estancamiento y un clima de seguridad o de ansiedad y depresión".<sup>9</sup>**

**Esas fuerzas positivas y negativas juegan un papel muy importante cuando permiten el desarrollo individual de los miembros de la familia; esto es, si los elementos de la dinámica familiar como lo es el establecimiento de límites, autoridad y comunicación, son accesibles para crear un ambiente de seguridad y bienestar de la familia al alcance de los dos aspectos antes mencionados se irán adoptando a través de la cronología de conductas ejercidas en la familia, principalmente desde el tipo de relación que tengan los padres como pareja y de estos con sus hijos.**

**En el caso de la experiencia con familias con un problema de abuso sexual en uno de sus integrantes, la dinámica familiar ya sea adecuada o no, sufre un cambio rotundamente involuntario por que nunca se imaginaron que sucedería o por que la sociedad siempre lo ha marcado como un acto "prohibido, triste y humillante" hacia la familia que lo sufre. El abuso crea en los miembros un desajuste en cuanto a la expresión de sentimientos y la forma en que se abordará el problema; sin embargo, en el tipo de familias "funcionales" la experiencia y el momento de crisis es superado de manera satisfactoria cuando los miembros deciden recibir atención psicológica y psiquiátrica; y reconocen el evento ocurrido como una experiencia que les ha permitido reflexionar y ahora continuar con una señal de alerta en relación al abuso sexual en niños y adolescentes. ( "Es como sacarse la lotería negativamente, hay madres que están las 24 horas con sus hijos y no saben por qué sucede"; Palabras mencionadas al referir que en cualquier familia puede presentarse alguna agresión como lo es el abuso sexual; y los mismos sentimientos de acobro, así como la negación de que sea realidad**

---

<sup>9</sup> Chagoya; "Dinámica familiar", por Dulanto Gutiérrez, E., en "La familia medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano", Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, 1985, Pág. 53.

aquello que se está viviendo, son emociones similares entre el sacarse la lotería y el conocer la agresión sexual en los hijos; pero en este último la experiencia es negativa.)

Otro de los cambios que genera el abuso sexual: es el de delegar la responsabilidad del evento ocurrido a una sola de las partes, lo cual comúnmente es hacia la madre de los menores por ser quien se encuentra más tiempo en la casa y puede estar al cuidado de los hijos, y el buscar culpables entre los miembros de la familia va deteriorando la comunicación que existía; esto sucede principalmente cuando el agresor es desconocido, en la dinámica los límites que se tenían se cambian y ahora son impuestos y no acordados con los hijos, no se les deja salir a la calle como antes ni en horarios prolongados, en ocasiones se les piden explicaciones constantes sobre lo efectuado en el tiempo en que los padres estuvieron ausentes o el porqué se demoró el menor en el lugar a donde asistió, creándose con estas actitudes un ambiente hostil de sobreprotección constante que genera en la víctima una actitud de rebeldía. Esa misma atención exagerada en al menor es perjudicial para el resto de los miembros, principalmente en los demás hijos, la atención que antes se les tenía se va deteriorando a tal grado de caer en el reproche constante sobre el cambio; entre los hermanos y la víctima surge una cierta rivalidad al sentirse desplazados por este y el ambiente sobre el cual se mueven y tratan de equilibrar se vuelve inseguro, los padres llegan a tener desconfianza de todo generando en los hijos una personalidad inadecuada y de inseguridad propia. Este tipo de cambios son experimentados en la mayoría de las familias con este problema, pero el tiempo de duración es variable, la complejidad existente en las diferentes formas de pensar y actuar en el ser humano y la manera en que se expresados hacia los demás miembros será lo que determine si la dinámica familiar sea modificada para el bienestar de todos sus miembros.

---

\* Comentario en grupo de la experiencia de la madre de un menor víctima de abuso sexual.

La situación de la dinámica familiar cuando el agresor es conocido y se encuentra en el núcleo familiar ya sea consanguíneo o no (padre, hermano, abuelo, tío, primo, vecino, amigo o maestro.), la relación se hace aun más compleja. Cuando la familia tiene características de ser disfuncional donde no existen límites claros y la autoridad es ejercida por una sola persona en forma severa o por varios elementos que confunden los comportamientos del niño y aún agregando como consecuencia una comunicación indirecta y poco clara, provoca que el menor siga aceptando esa agresión y la expresión del evento hacia los padres se ve frenada y al dar a conocer lo ocurrido niegan que sea cierto y vierten esa negación sobre la víctima, exigiendo mencionar la verdad de los actos, provocando en él o ella una conducta de culpabilidad; en otros casos el secreto perdura en el menor hasta que alguno de los miembros de la familia toma interés por conocer el cambio repentino de conducta en el niño o adolescente y si las relaciones se enmarcan aun más negativas este tiende a guardar el secreto hasta por años y continuar en el hogar con un ambiente de incertidumbre.

En cambio cuando la disfuncionalidad se inicia desde la mala relación de pareja, al tenerse conocimiento del evento ocurrido la situación es tomada como elemento de lucha constante y aprovechan el momento de desequilibrio emocional para reprocharse el parentesco que tiene alguno de los dos con el agresor y la dinámica familiar llega a ser caótica, a tal grado de pensar como solución la desintegración de la familia por medio de la separación de la pareja.

Cuando el agresor es el progenitor la actitud de la separación se consideraría lo más conveniente, pero en relación a la dinámica familiar puede crearse un ambiente en donde la expresión de sentimientos es el área con más daño, la confianza que se tenía queda anulada y en la mayoría de los casos el menor experimenta un sentimiento de culpabilidad en el surgimiento de esa separación. Además si el agresor es conocido y forma parte de la familia o se tiene estrecha relación con él, se tiene duda de llevar a cabo la denuncia legalmente y se recurre

a guardar al secreto; esto dependiendo de las relaciones familiares que se establezcan y del impacto que al abuso sexual causa entre los miembros de la familia.

Cabe señalar que los cambios descritos en relación a la dinámica familiar causada por la experiencia de abuso sexual no son los generales para todos los casos, sino más bien son los más frecuentes y detectados en el estudio de 64 casos de un total de 100; sin embargo, lo que si se afirma es que independientemente del tipo de la familia que lo presente, la existencia del abuso sexual en alguno de sus miembros tenderá a modificar la dinámica familiar establecida.

#### **2.1.1. ALTERACIONES CONDUCTUALES QUE PRESENTAN LOS MENORES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL.**

Las agresiones sexuales infantiles transforman el ritmo de la sexualidad de los menores victimizados y destruye la confianza que tenía en los adultos; el trauma que deja una agresión de este tipo no es proporcional a la violencia que haya sufrido el menor, eso depende de su madurez emocional, y la intensidad del daño que ejerce el abuso sexual dependerá de "la edad que tenga la víctima, la educación, del desarrollo de su personalidad, si la ofensa es cometida por un extraño o un familiar, el grado de violencia ejercida en el abuso, el tiempo en que se ha estado repitiendo la agresión, la estabilidad de la familia y al recibir o no ayuda profesional adecuada, tanto a la víctima como a la familia".<sup>10</sup>

Algunas veces los menores no hablan porque tienen vergüenza y temen que los regañen y no les crean, se sienten culpables y dudan de todo, disocian lo que está sucediendo tratando de bloquear sus mentes durante el día para no pensar

---

<sup>10</sup> Antonio Cequera Claudia., Op cit., Pág. 10.

en eso y en la noche duermen con asalto, piensan en huir de la casa o luchar contra "eso" que les sucede sin saber específicamente como. En ocasiones "se ven obligados a callar bajo amenazas de que se causaría daño a su persona o a sus progenitores; incluso la pérdida del amor de los padres puede resultar aterradora para la mente del niño y por encima de todo este desea conservar su lugar en la familia; y el en el hogar no es permitido hablar sobre este tema ya es una amenaza más y el niño puede guardar silencio aunque se halle profundamente afligido".<sup>11</sup>

Todas esas preocupaciones que no permiten una estabilidad en la víctima siempre tienden a ser expuestas por medio del comportamiento, el cual se va alterando día a día cuando se sigue presentando la agresión o al agresor se acerca a él, reafirmando nuevamente sus amenazas aunque sea con el simple hecho de mirarlo.

Esa actitud de protesta ante lo que le está sucediendo se proyectada por distintos cambios conductuales, muchos de ellos inconscientes, encontrándose entre estos la presencia de pesadillas y terrores nocturnos. "Un niño víctima de abuso sexual puede mostrar conductas regresivas, puede parecer renuente a participar en actividades físicas, mostrar letargo, ansiedad y miedo. Después de la agresión muchos niños expresan falta de sueño, miedo a dormirse; al dolor, las lágrimas silenciosas y la tensión puede traducirse en dificultad para conciliar el sueño; también puede desarrollar una postura corporal de defensa, puede presentar enuresis, bajo rendimiento escolar, masturbación excesiva, huidas de casa, dificultad para relacionarse, depresión, comportamientos extraños"<sup>12</sup>; como juegos sexuales con otros niños, colocarse objetos entre sus genitales en forma constante, chuparse un dedo en especial (pulgar) o los labios, etcétera.

<sup>11</sup> Lanett, "Fase dos: La revelación", en *Cuéntame tus secretos*, Editorial Grijalbo, Pág. 31-47

<sup>12</sup> Antonio Cequera Claudia, *Op cit.*, Pág. 8.

Entre las conductas presentadas con mayor frecuencia son: desobediencia, agresión física, miedo, baja autoestima, bajo rendimiento escolar e inquietud, considerándose de vital importancia la autoestima, ya que al ser disminuida en la víctima esta tiende a caer en el intento suicida; por lo que tiene que ser manejado adecuadamente y reafirmado por los miembros de la familia.

### **2.1.2. CONDUCTAS DE LOS PADRES AL TENER CONOCIMIENTO DEL ABUSO SEXUAL EN SUS HIJOS.**

La mayoría de los abusos sexuales ocurren en el hogar de la víctima y el agresor es generalmente el padre u otro pariente cercano que tiene fácil acceso al menor, el adulto utiliza la ventaja de su posición de poder o autoridad para envolver al niño en la actividad sexual o de otra forma busca ganarse la confianza de su víctima; "si el agresor desempeña un cargo de responsabilidad es posible que le dedique una considerable cantidad de tiempo, atención y amor en un intento de establecer con ellos un fuerte vínculo de amistad, una vez conseguida la confianza de los padres el agresor (tío, primo, vecino, amigo de la familia o maestro), invierte a veces mucho tiempo y esfuerzo con el único propósito de establecer contacto con una víctima determinada".<sup>13</sup>

Así cuando el menor confiesa a sus padres la agresión de la cual fue objeto, estos tienden a experimentar un sentimiento de culpabilidad al no haber establecido una actitud de mayor cuidado en el menor, y a la vez sienten complicidad con el agresor al permitir una relación entre éste y la víctima; por ejemplo, cuando en algunas ocasiones el niño se resistía a permanecer con su agresor y dejarle sólo con él, esto se reafirma con los comentarios de experiencias expresados por padres de menores víctimas de abuso sexual, al mencionar que algunos comportamientos de los agresores con el menor se les hacían raros o poco

---

<sup>13</sup> Lenett, Op. cit., Pág. 20-21

comunes, pero siempre esperaban que el menor les mencionara algo; o de otra forma ellos mismos se negaban a creer lo que sucedía.

En otras ocasiones el sentimiento de angustia se presenta cuando los mismos padres o parientes cercanos que conocen el evento ocurrido no dejan de pensar en las consecuencias que esto puede dejar en el menor victimizado; entre ellas, el volverse homosexuales o tratar de hacer lo mismo con otros niños (síndrome del vampiro). Esa actitud de angustia no es muy duradera en la mayoría de los casos, la frecuencia en la asistencia al tratamiento va disminuyendo este sentimiento.

Aparte de las conductas ya descritas existen algunas más que no son muy frecuentes pero sí presentadas, como: manifestar llanto constante, sentir vergüenza y humillación, negación hacia la agresión ocurrida, iniciar una conducta de sobreprotección hacia el menor agredido generado por el sentimiento de desconfianza o por el contrario agredir física o verbalmente a la víctima al pensarse que este ha accedido al evento o es el iniciador del abuso.

Una de las actitudes más frecuentes en los casos es la de guardar el secreto ya sea entre la madre y la víctima o entre los miembros de la familia nuclear; en algunos casos asistiendo a tratamiento por otro trastorno sin mencionar directamente que el cambio de sus conductas han sido generadas por la existencia de agresiones sexuales, hasta que el mismo terapeuta lo descubre a través del procedimiento del tratamiento.

## **2.2. ASPECTOS SOCIALES DE LA FAMILIA A LA QUE PERTENECEN LOS MENORES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL.**

De acuerdo a los datos obtenidos en la aplicación de estudios socioeconómicos y de las entrevistas realizadas en el seguimiento de casos del programa

P.A.I.N.A.V.A.S., la mayoría de las familias que acuden al servicio tienen su lugar de residencia en el área urbana; un número mínimo proviene del área rural y algunos otros han residido en zonas rurales y se asientan en zonas semiurbanas al dirigirse a la capital del país; por ello existen datos en donde se describe que la construcción habitacional es planeada pero no propia, existiendo un gran número de familias que habitan en uno o dos cuartos, siendo estos alquilados o proporcionados por familiares.

Un gran porcentaje de familias que asisten específicamente al servicio presentan características como: su tipificación es disfuncional, presentando una comunicación verbal agresiva, "... con problemas de ajuste sexual, de alcoholismo, desconfianza, irresponsabilidad, fracasan al intentar satisfacer las necesidades de sus miembros y no logran establecer una organización adecuada y flexible; y la desintegración surge cuando la comunicación se pierde y los individuos se mantienen aislados".<sup>14</sup>

Pero el que en su mayoría asisten familias de nivel social medio o bajo, no especifica que el abuso sexual se presente sólo en este tipo de familias; ya que "la pobreza más bien puede ser indicador de vivir muchas personas juntas, de una desorganización familiar y de una incompetencia social a diferencia de las familias de mejor posición económica, las cuales han podido mantener sus secretos"<sup>15</sup>; y muy pocas llegan a acudir a instituciones públicas de carácter social.

---

<sup>14</sup> Antonio Cequera Claudia. Op cit., Pág. 48

<sup>15</sup> Finkelhor, David., "El abuso sexual al menor: causas, consecuencias y tratamiento psicosexual", Editorial PAX., México 1992., Pág. 159.

### **2.3. IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO SOCIAL EN LOS MENORES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL Y SU FAMILIA.**

En algunos casos se ha detectado que la madre, el padre o algún otro familiar cercano durante su infancia fueron víctimas de abuso sexual y no recibieron atención adecuada ni oportuna, quedando en ellos una secuela en la mayoría de los casos de experiencia negativa; la cual resurge cuando se hace de su conocimiento la existencia de otro miembro en la familia que ha sido agredido tendiéndose a caer nuevamente en una patología familiar más renuente y la iniciativa de apoyo se ve obstaculizada. Es por ello que se considera de suma importancia la atención inmediata en este tipo de casos; en donde con el tratamiento se pretenda que la experiencia sea enfrentada y superada aprendiendo a seguir funcionando sin que el recuerdo de lo ocurrido les afecte nuevamente en forma severa y negativa; esto por la razón de ser un acto que nunca se olvida pero puede ser recordado con menos intensidad destructiva; así decir, la autoestima y al valor de autoprotección que se trata de "inyectar" durante el tratamiento son los aspectos que hacen sentir al evento como superado. Así mismo dentro de la terapia proporcionada a los menores, el servicio no deja a un lado a la familia y los padres ya que estos son también atendidos en forma individual y grupal; con ellos se forma un grupo donde el principal objetivo es el disminuir la culpa, esclarecer el por qué se efectúa la agresión precisamente en ambientes como el de su hogar y como tratar de enfrentar y superar al evento.

Se ha considerado que la mejor manera de elaborar la vivencia de la agresión consiste en incorporarse a un grupo formado únicamente por personas que han experimentado el mismo problema o también han sido víctimas de abuso sexual, y que la angustia y confusión presentada en la forma de ser enfrentada la situación en la familia se va moldeada cuando se encuentran rodeados de personas que hablan de sentimientos y experiencias similares o parecidas a las suyas; y esa angustia y culpa se ve desvaneciendo. Los miembros del grupo se vuelven

autogestivos, se ofrecen aliento y apoyo; sobre todo la característica de permanecer como grupo abierto que permite el ingreso y egreso de los miembros en forma voluntaria es un aspecto que ha sido manejado por sus integrantes como un inicio de respeto en la toma de decisión individual, lo cual en algunos casos es la primera vez que se sienten capaces de decidir por ellos mismos; aunque también no se puede negar que existen padres a los cuales se les exige su incorporación al grupo con la finalidad de irles creando una actitud de responsabilidad en cuanto a ser los principales educadores de sus hijos y el ir adoptando conductas que permitan el desarrollo adecuado en los miembros de su familia. Además esa apertura voluntaria y las habilidades que el mismo trabajador social emplea en la organización y conducción grupal son parte elemental en la terapia individual del niño, la orientación proporcionada a los padres en el grupo va encaminada a que sus miembros puedan explorar sus propias necesidades, y descubrir las medidas con las cuales pueden satisfacerlas; siendo la comunicación el factor más importante considerado por los mismos integrantes del grupo como indispensable para iniciar un apoyo a sus hijos y en general a toda la familia; acciones que el mismo menor percibe en sus padres en el transcurso de su terapia y de la asistencia de sus padres al grupo de orientación. (factor esencial para generar autoestima y seguridad en el paciente).

Aunque un número reducido de padres son demasiado frágiles emocionalmente para soportar la intensidad del grupo, se les apoya individualmente al expresarles la necesidad que ellos tienen de exteriorizar todo aquello que les afecta y el obtener atención individual o de pareja (padres del menor). Y en cuanto al apoyo a sus hijos se trata de crear un sitio en el resurgimiento de otro intento de agresión o prevención en algún otro miembro de la familia el enseñarles a decir "no" a tiempo; no creándoles terror ya que podrían sentir temor de cualquier muestra de afecto; y aprender a protegerlos sin sobreprotegerlos.

Entre otros aspectos se les proporciona orientación en cuanto al trato con los hijos y comportamientos para con ellos; así mismo existen una serie de actos que los padres hacen, los cuales deberian de tratar de evitar; estos se les indican durante el transcurso de las sesiones grupales y de acuerdo a la temática que se maneja. Siendo algunos de esos aspectos los siguientes:

- Ejercer disciplina con violencia.
- Educar con sobornos o con amenazas.
- Corragirlos o regañarlos delante de alguien mas.
- Prisionar o castigar a un niño que se encuentra bajo tensión emocional.
- Regañar cuando ellos o los hijos están alterados.
- Insultar o humillar; ser sarcástico.
- Poner "etiquetas", apodos o usar adjetivos peyorativos.
- Decidir al futuro y la vocación de los hijos; programar su vida.
- Hacer "profecías" negativas o fuera de la realidad.
- Esperar que sean como uno quiere o una copia de uno mismo.
- Exigirles promesas o prometer lo que no se puede cumplir.
- Hacer que hagan, en vez de hacer que quieran.
- Hacer por ellos lo que son capaces de hacer por si solos.
- Darles todo lo que piden y no poner límites.
- Compararlos con alguien mas.
- Inculcar sentimientos de culpa, de vergüenza, de temor o de inferioridad.
- Pregonar algo y hacer lo contrario.
- Engañarlos, mentirias o decir mentiras delante de ellos.
- Decir que no tiene tiempo para escucharlos o para estar con ellos.
- Prohibirles que piensen, que sientan y que se comporten como niños.
- Criticarlos o rechazarlos como personas, en vez de ver sus actitudes y acciones.

- Favorecer a un hijo por encima de los demás.
- Discutir frente a los hijos.
- Decir "te lo dije" cuando fracasan.
- Exigirles perfección en todo.
- Lamentarse por haberlos traído al mundo.
- Decir "no" a todo sin explicar el por que.
- Ignorar la opinión y los deseos de los hijos.
- Condicionar al amor que se les da.<sup>16</sup>

Los padres son la columna vertebral de la familia y pocas veces comprenden que la agresión sexual se esté dando, sobre todo por alguien conocido. Su participación en la prevención así como en el inicio por darle una educación sexual a sus hijos no es aceptada en forma clara, en primer instancia porque a ellos no se la proporcionaron y tienen duda de hacerlo adecuadamente; en segunda los tabúes sociales sobre la sexualidad aún están presentes, y tercero descargan esa responsabilidad a profesionistas conocedores de estos temas o en forma más directa al maestro de la escuela; y cuando se dan cuenta de que si están ocurriendo agresiones sexuales en la familia la dinámica de ésta cambia involuntariamente afectando a todos los miembros en diferente grado.

La desorganización familiar, la desigualdad sexual y la explotación comercial de la sexualidad podrían ser los factores responsables de que se esté dando la victimización sexual a niños y adolescentes, si no se les ha proporcionado una educación sexual inicial, así como una explicación directa de que existen este tipo de conductas en algunas personas (agresores sexuales), y como elemento esencial si no se tiene una comunicación en la familia no se da una supervisión

---

<sup>16</sup> Material del P.A.I.N.A.V.A.S., en la institución.

**adecuado generándose en la familia un ambiente vulnerable para la existencia de un ataque sexual.**

**Por lo tanto se concluye que la familia es el centro fundamental tanto para poder comprender las razones de la victimización sexual, como para dar inicio a una prevención hacia este problema.**

**El querer atacar la victimización sexual es actuar directamente sobre ésta enseñando a los menores y adolescentes que pueden ser víctimas potenciales, así mismo orientarlos a evitarlo y remarcando en ellos que ese tipo de conductas son incorrectas.**

## CAPITULO III

### **ALCANCES Y PERSPECTIVAS DE LA INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA EN LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL.**

#### **3.1. CONFRONTACIÓN DE LOS ASPECTOS ANALIZADOS QUE PRESENTAN LAS FAMILIAS DE LOS MENORES CON LA REALIDAD.**

La teoría existente sobre dinámica familiar no manifiesta ningún tipo de conductas en los miembros en forma generalizada; así mismo la terapia o tratamiento que se lleva a cabo en los pacientes que acuden al programa P.A.I.N.A.V.A.S. no tienen las mismas características; pero se puede describir las más comunes y difíciles de tener una terminación adecuada.

En algunos casos tomándose en cuenta el interés que se tiene por lograr en el paciente su restablecimiento y seguridad se expone de manera idealista la prontitud en un cambio de ambiente, ya sea al cambio de domicilio, la separación de la pareja o el dejar a la familia extensa y procurar ser más independientes; pero es ahí en donde interviene lo que denominamos "realidad", entendiéndose esta palabra como la verdadera forma en que nos movemos; es decir, intervienen los prejuicios sociales que nos rodean, las necesidades básicas que se procuran satisfacer y todo aquello presente en un país tercermundista (pobreza extrema, sobrepoblación, mano de obra barata, etcétera.).

Existen casos en los cuales la posibilidad de cambiar de domicilio o del lugar en donde se encuentra el agresor son inalcanzables; los bajos recursos económicos y el salario mínimo percibido por las personas que mantienen la familia de la víctima no son accesibles para efectuar ese traslado y mejorar la situación. En otro aspecto cuando la parte ofendida decide realizar la denuncia, esta no llega a

concluirse desde el momento en que se les indica la asistencia constante a las sesiones para las declaraciones y careos entre la víctima y el agresor; y al pensar que se defiaría más al menor cuando este tenga que relatar nuevamente su experiencia y el ser revisado por el ginecólogo para sustentar el daño que ha dejado la agresión sexual en el niño; agregándose el no contar con una situación económica que les permita agilizar la detención del victimario. Y en otros casos no se efectúa la demanda por el simple hecho de que el agresor es el sustento de la familia y al ser detenido la madre deberá trabajar, y no proporcionará el apoyo necesario a la víctima, esto casi siempre expresado por madres de familia en donde la dinámica familiar no ha sido adecuada y las relaciones han sido negativas o sencillamente la parte ofendida se siente incapaz e indefensa para continuar.

En cuanto a la decisión de la separación en la pareja, la familia al quedar incompleta casi siempre por ausencia del padre se incorpora a la familia de origen y comienza a formar parte de una familia extensa donde conviven los tíos y sobrinos, abuelos con nietos y primos con primos; manejándose en su mayoría una autoridad que no es establecida por una sola persona, sino más bien esta es ejercida por aquellos que consideran las llamadas de atención por su parte las adecuadas, incrementándose la disfuncionalidad en la familia extensa.

Entre otras realidades observadas y quizá la más caótica para el menor victimizado, es la diversidad de uniones por parte de la madre o padre (según quien sea el ausente) en la búsqueda de ser aceptados por alguien y reconstruir una familia "para sus hijos"; o también buscan su unión con alguna persona que les proporcione techo (casa) y sustento económico únicamente, por lo que son de corta duración, manteniéndose relaciones esporádicas con diversas personas. Estos aspectos descritos son los que en su mayoría llegan a frenar el seguimiento terapéutico en los menores.

### **3.2. TRASCENDENCIA DE LA INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO (COMUNICACIÓN, COORDINACIÓN, REUNIONES).**

El Trabajo Social es una disciplina importante como un integrante más en la atención psiquiátrica, desde el momento en que al mismo trabajador social está seguro de su funcionalidad en esta área y con el equipo interdisciplinario.

Al considerar la multicausalidad en la problemática provocada por la agresión sexual se ha llegado a pensar que "sin el equipo no hay trabajo" por la simple razón de no poder considerar un tratamiento eficaz si no se conocen las fuerzas positivas y negativas que se ejercen en la familia, el estado emocional de los menores y al ambiente social sobre el cual se mueve al paciente.

"Los pacientes y sus familiares casi siempre describen al psiquiatra en el papel autoritario de "el doctor" y le dirían a él sólo aquellas cosas que creen que son importantes desde el punto de vista médico. Por otra parte cuando llegan a conocer el papel de la trabajadora social y al propósito de su trabajo, ellos pueden frecuentemente confiarle todas las circunstancias ambientales que pudieran ser de otro modo soslayadas o consideradas como inadecuadas para ser oídas por un médico; siendo por ello necesario que la información obtenida por el médico psiquiatra y la trabajadora social sean amalgamadas de modo que la enfermedad pueda ser comprendida en su apropiado contexto y para que el tratamiento pueda ser dirigido en forma realista de acuerdo con los recursos internos y externos del paciente y su familia; (...) es por esto que carece de todo sentido la rivalidad entre colegas, y es mediante su habilidad combinada que el paciente obtiene una ayuda mejor".<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Munro Alistair. M.D. et al., "Psiquiatría para trabajadoras sociales", México D.F. 1987., Editorial CECSA., Pág. 84.

Es necesario que ambos sujetos (médico psiquiatra y trabajadora social) tengan presente su participación conjunta como equipo y reconocer que se toman en cuenta diferentes aspectos de la misma situación patológica haciendo posible que los esfuerzos no se dupliquen, llevándose a cabo lo que realmente significa la interdisciplinariedad, la cual "no es solamente un concepto teórico, es una práctica que no se aprende ni se enseña sino que se vive, es una práctica colectiva en donde los representantes de las disciplinas están dispuestos a dialogar abiertamente, son capaces de reconocer lo que les falta y lo que podrían aprender de otros. Este criterio se obtiene y consolida con el tiempo; y en el trabajo interdisciplinario en que debe darse la continuidad entre la educación y la investigación. Es la elaboración de un lenguaje común, comparación y entrelazamiento de los métodos, conceptos, estructuras y axiomas sobre los que se basan las diferentes disciplinas, donde se da como resultado un enriquecimiento mutuo".<sup>18</sup>

En forma particular en el equipo interdisciplinario del programa P.A.I.N.A.V.A.S., se procura establecer un buen funcionamiento entre sus integrantes proponiéndose una terapia particular; ya que se opina que la eficacia no va únicamente en función del trabajo ni el entrenamiento; sino también de la iniciativa propia.

---

<sup>18</sup> Granada Crispin José, Op cit., Pág. 81.

### **3.2.1. NIVELES DE INTERVENCIÓN ( GRUPO Y CASO )**

#### **3.2.1.1. INTERVENCIÓN DE GRUPO**

En el programa P.A.I.N.A.V.A.S., el Trabajo Social interviene en grupo y caso con el mismo grado de importancia, a él corresponden la formación y conducción del grupo.

"El trabajo social con grupos es un método del trabajo social que ayuda a las personas a mejorar su funcionamiento social a través de experiencias provechosas con un grupo y a hacer frente a sus problemas personales, o con su grupo o comunidad" ( Gisela Konopka. 1983).<sup>19</sup>

Un grupo puede definirse de muchas maneras, dependiendo de las funciones del mismo, la naturaleza de su composición, sus metas y propósitos básicos. En relación al grupo formado en el P.A.I.N.A.V.A.S., este tiende a dirigir sus funciones en proporcionar orientación a padres de menores víctimas de abuso sexual, la información que se proporciona va dirigida principalmente hacia los factores relacionados con la dinámica familiar ejercida en la familia del paciente con el propósito de crear un cambio en el ambiente del menor y lograr a partir de este su restablecimiento; siendo esta una de las intervenciones del trabajo social en cuanto al tratamiento que se le proporciona a los menores victimizados.

Una vez conocidas las necesidades básicas que los miembros del grupo requiere, es importante para el trabajador social o para quien organiza un grupo con propósitos y metas muy específicos el estar consciente de poderse encontrar con dificultades para dirigirse hacia éstos, si los mismos integrantes no los reconocen como los suyos propios. Por ello en el servicio del P.A.I.N.A.V.A.S. en la

---

<sup>19</sup> Natalio Kisznerman, "Servicio Social de Grupo", Editorial Humanitas, Buenos Aires Argentina 1990, Pág 35.

formación del grupo se toma en cuenta a todos los padres que acuden al servicio y desde la primera entrevista individual (una vez abordándose el motivo de consulta) se hace de su conocimiento la existencia de un grupo de orientación al cual asisten únicamente padres de menores víctimas de abuso sexual; pero también existen una serie de factores exteriores a la problemática ejercida por la dinámica familiar y del mismo problema de abuso sexual.

\*A medida que una sociedad se vuelve más compleja y se eleva el nivel de vida de la población surgen otras exigencias con carácter de esenciales; el ser humano requiere más que alimento, vestido y vivienda para desarrollarse plenamente. En la actualidad se añaden como necesidades básicas el amor, la seguridad, el conocimiento, el trabajo y una exigencia que sienta todo individuo de trascender a sí mismo.

Por ello existen factores que son reconocidos como necesidades básicas, para conservar la salud y poder encarar en forma positiva las amenazas a su bienestar y equilibrio general; entre estos:

**IDENTIDAD PERSONAL:** Autorrespeto, valor personal, reconocimiento, dignidad.

**AUTOEXPRESIÓN:** Libertad para trabajar, para jugar, para mantener ideas propias, para vivir cosas nuevas y satisfactorias.

**CONTACTO SOCIAL:** La posibilidad de encontrarse con gente, de tener una familia y amigos, de asociarse.

**FE:** Algunos conceptos que lo guían en la fundamentación de sus valores y sistema de valores.

**LIBERTAD DE ELECCIÓN:** La oportunidad de tomar decisiones en función de las propias ideas y del propio discernimiento.

**TRATO JUSTO:** Recibir un tratamiento equitativo, no estar sujeto a abusos y explotación, no ser privado de sus derechos humanos y civiles.

**EDUCACIÓN:** Recibir la herencia intelectual y cultural.

**BIENESTAR FÍSICO:** La posibilidad de ejercitarse en forma saludable y de acudir a asistencia médica en caso de enfermedad.

**SEGURIDAD ECONÓMICA:** La garantía de que una observancia de ciertas condiciones asegura la satisfacción de las necesidades básicas.

**AMAR Y SER AMADO:** Incluye el crecimiento y la expresión sexual.

**APROBACIÓN Y ACEPTACIÓN SOCIAL:** Implica una aceptación más demostrativa.

**SALUD MENTAL, TRANQUILIDAD DE ESPÍRITU:** La capacidad de absorber las tensiones de la vida, de resistir sus traumas.<sup>20</sup>

Algunos de los factores ya mencionados pueden ser manejados en un grupo y satisfacer a cualquier persona. Un grupo integrado por personas que comparten ciertas necesidades o problemas pueden beneficiarse al reunirse periódicamente para abordar esos problemas; así como existen diversos grupos y existen otras necesidades básicas para mantener la salud y poder enfrentar momentos de crisis.

---

<sup>20</sup>20 S.C. Koss. "Las raíces del Trabajo Social". Buenos Aires 1969, Editorial PAIDOS., Pág. 56-63

En el manejo del grupo del P.A.I.N.A.V.A.S. no únicamente se plantea el cubrir los objetivos referentes al abuso sexual sino además este también permite que sus integrantes logren alcanzar algunos de los factores descritos con anterioridad como necesidades básicas, los cuales son detectados en el diagnóstico; entre las más comunes : La necesidad de una identidad personal, de autoexpresión, libertad de elección, de un contacto social interrelacionado con una aprobación y aceptación social, de un trato justo, así como de salud mental, tranquilidad de espíritu; factores que en forma indirecta son tratados implícitamente en cada uno de los temas proporcionados a los miembros del grupo ya que es importante lograr primero en ellos una estabilidad emocional para así estar conscientes de la problemática que están viviendo y sean capaces de apoyar a sus hijos, en particular al paciente.

Existen una serie de aspectos que nos permiten en la intervención de casos elaborar una impresión diagnóstica, así mismo en el grupo se tienen ciertos elementos que nos ayudan a establecer un diagnóstico grupal; en el caso del formado en el P.A.I.N.A.V.A.S., se tomó como base para su diagnóstico el modelo establecido por Natalio Kineman en el cual son importantes: Estructura del grupo, Supuestos básicos, Comunicación, Interacción, Conducta predominante, Liderazgo, Productividad, Problema causal, Problema desencadenante, Problema apremiante, y Problema fundamental.

## **DIAGNOSTICO DEL GRUPO DE ORIENTACIÓN DEL SERVICIO**

### **P.A.I.N.A.V.A.S.**

El grupo del P.A.I.N.A.V.A.S. está constituido únicamente por padres de menores que han sido víctimas de abuso sexual, la incorporación al grupo puede hacerse desde el primer día de asistencia al programa o en el transcurso de la atención terapéutica del menor, tiene la características de ser abierto en cuanto al ingreso

y egreso de sus miembros; a pesar de contar con esa apertura voluntaria el grupo lo forman generalmente 26 miembros, todos de sexo femenino; de las cuales 17 son las más constantes, dentro de estas 5 de ellas al igual que sus hijos también fueron víctimas de abuso sexual durante su adolescencia.

Los miembros de este grupo buscan una orientación y apoyo para conocer cual es la forma o manera con que ellos pueden ayudar a sus hijos a superar el evento ocurrido, saber como actuar ante los cambios de conducta que han tenido sus hijos y el resto de su familia nuclear después de ser conocida la victimización sexual.

En el grupo solamente existe un subgrupo conformado por un quinteto, los demás miembros trabajan de acuerdo a la dinámica que él o la coordinadora les establezca. La primera impresión proyectada por ellos es la de un grupo organizado; ya que a pesar de existir un subgrupo este cuenta con un líder poseedor de características positivas (fomenta la libre expresión y la participación, fomenta la individualidad, apoya las resoluciones del grupo, propone alternativas); mismo en tomar la iniciativa en dar a conocer a cada uno de los padres que llegan como nuevos integrantes la forma de trabajo, la finalidad del grupo, proporcionando seguridad y apoyo.

El tipo de mensaje que se da es el de expresar siempre los acuerdos y desacuerdos en las relaciones familiares y de pareja; procurando una comunicación clara y abierta; así como lograr en forma personal un autoestima.

Se presentan expresiones corporales entre los miembros, en su mayoría de aceptación y acuerdo; aunque también existe la libertad de poder manejar expresiones de desacuerdo haciéndose mención el por qué de ello, procurando establecer un consenso al final de cada reunión ; por lo tanto la comunicación manejada en el grupo es positiva, clara y directa.

En cuanto a los roles que se asumen para llevar a cabo su interacción, son establecidas en forma abierta, en él predominan los roles del alentador quien fortalece al grupo (estimula, es amigable, cordial y sensible), aclarador el que vuelve a enunciar una cuestión o una solución, interrogador formula preguntas, busca orientación o información, el oyente participa con interés pero no verbaliza, demostrando su actitud por la expresión de su rostro o gestos, dominador el que interrumpe, escapa el uso de la palabra, es autocrático y trata de dirigir al grupo, el desertor el que se retrasa, se aparta, es indiferente, se aparta del tema, llega tarde, falta y se fuga de la reunión. La variabilidad de roles en forma general podrían referirlo como un grupo desorganizado y difícil de manejar pero estas conductas son asumidas la mayoría de las veces por miembros que se integran por primera vez, principalmente en los referentes a los roles del dominador, desertor y oyente, los cuales en el transcurso de su asistencia al grupo logran adoptar un rol más participativo y positivo, siendo esto fomentado por los demás miembros del grupo; en cuanto a los roles anteriores estas son asumidas principalmente por miembros que tienen más tiempo en el grupo y el tratamiento de sus hijos va teniendo un proceso adecuado.

La conducta predominante es la de comprensión y autoayuda, misma que se da tanto en el subgrupo existente como en los demás integrantes, proporcionándose ese apoyo de acuerdo a la situación vivida de cada paciente.

En el grupo existe un supuesto liderazgo asumido por una sola persona propuesta por los integrantes del grupo, este líder es el mismo que pertenece al subgrupo ya mencionado con anterioridad; a quién puede considerarse como un líder democrata : participa con el grupo, forma parte de él, propone alternativas, fomenta la individualidad y la participación, interacciona con los miembros del grupo, los motiva procurando lograr un avance en cuanto a la superación del evento, conduce a la productividad. Por lo tanto podemos decir que en el grupo se cuenta con un líder positivo quien a partir del apoyo proporcionado por éste los

objetivos planteados en el grupo tienen un alcance y las expectativas de cada uno de sus integrantes son en su mayoría satisfechas; aunque hasta cierto punto prolongados, siendo esto por la problemática que encierra el abuso sexual la cual finalmente con constancia es superada.

Este es un grupo primario por las relaciones entre sus miembros, en donde existe una cooperación, acercamiento, relación cara a cara y el rol de cada persona está sujeto a la interrelación; es abierto por ser accesible y permitir el ingreso a nuevos integrantes, puede considerarse homogéneo por poseer una característica semejante, en este caso el ser padres que comparten la experiencia del abuso sexual en uno de sus hijos, o también en ellos mismos; puede considerarse preformado ya que por el problema manejado, el proceso terapéutico prolongado de los pacientes y la accesibilidad del egreso de los miembros en forma voluntaria del grupo, existen miembros que ya se conocen y proponen un líder quien promueva una ayuda mutua.

Como problema causal se tiene : El abuso sexual a niños y adolescentes.

Problema desencadenante: Cambios de conducta en su sexualidad, baja autoestima.

Problema apremiante: Superación del evento, elevación de autoestima.

Problema fundamental: Desintegración familiar, Cambios involuntarios en la dinámica familiar.

El elaborar un diagnóstico nos permite detectar el dinamismo que se ajerce en él, las interacciones entre sus miembros, hacia donde se muevan y que intencionalidad tiene cada uno al integrarse al grupo, se puede detectar alguna patología que pudiese existir en el grupo como agresividad, apatía, falta de interés, frustraciones, y al mismo tiempo detectar que miembros del grupo son útiles para el coordinador y poderse apoyar en ellos para un alcance en el logro

de los objetivos establecidos en el grupo; sirviéndole de base la elaboración de las crónicas grupales y las fichas de individualización de los miembros del grupo.

Es importante que en un grupo abierto el cual permite el ingreso y egreso voluntario de sus miembros se elabore un diagnóstico cada vez que se integren un número considerable de elementos con la finalidad de poder observar posibles cambios en el grupo y la funcionalidad que los nuevos integrantes tienen dentro del mismo. Esto permite la elaboración de un nuevo programa o la modificación en ciertas partes del ya establecido; en el caso del grupo de orientación P.A.I.N.A.V.A.S. se realizan cambios en relación a la inserción de nuevos temas dependiendo de la incorporación de otros materiales, los cuales son entorno al abuso sexual o están relacionados con este tema; además de incorporar nuevas técnicas grupales de acuerdo a las exigencias del grupo, y de las necesidades básicas detectadas en los integrantes del grupo.

En cuanto al proceso de grupo se da una apertura y cierre cada inicio y término de año, a pesar de no existir un cierre definitivo en cuanto a crearse un nuevo grupo con otros elementos. Teóricamente se establecen diversos modelos de intervención grupal algunos autores lo manejan como niveles o etapas; en el grupo del P.A.I.N.A.V.A.S. se retoman los relacionados a un proceso grupal a partir de etapas (Natalio Kisnerman):

1) Formación: el grupo se establece a partir de expectativas explícitas en cuanto a los intereses relacionados a la atención de los menores víctimas de abuso sexual (Interés de la institución y del P.A.I.N.A.V.A.S.); expectativas implícitas en relación a lo que cada uno de los integrantes busca: orientación, apoyo, y el alcance de algunas de las necesidades básicas mencionadas con anterioridad para superar ellos mismos la situación vivida.

2) Conflicto : se presentan diferencias, se tienen confusiones, es el momento en donde los integrantes del grupo se autoconocen y adquieren experiencias del grupo; esta etapa puede detectarse desde el momento en que los integrantes en forma voluntaria aportan su experiencia vivida en cuanto al abuso sexual ocurrido en su hijo/a, o en él mismo. Los mismos integrantes crean un ambiente de autogestión y apoyo generado a partir de la existencia en la diferencia de opiniones y de la expresión corporal de estas al lograr la exteriorización de tensiones.

Esta es el momento en el cual el trabajador social como coordinador debe estar pendiente de lograr un control en dicha situación, esclareciendo cada uno de los puntos que provocan el conflicto con la finalidad de lograr un equilibrio grupal.

3) Organización : se comienza a tener un sentido de pertenencia, las expectativas del grupo se ajustan y se tiene una mayor participación y cooperación, esta etapa el grupo la vive cuando existe una relación más estrecha entre los miembros; es decir aquellos miembros que asisten con cierta frecuencia son los que llegan a vivir a aunque este mismo sentido de organización lo proyectan hacia aquellos padres que se integran por primera vez. Cuando el trabajador social ya ha detectado a los elementos del grupo que le pueden ser útiles para el alcance de objetivos y se ha percatado de la etapa de organización del grupo este tiende a tener un papel hasta cierto punto pasivo, esto principalmente por que el tema que se maneja no permite una omisión del coordinador u orientador debido a que se da una integración constante de nuevos elementos en el grupo.

4) Integración : esta es una etapa en la cual se debe llegar a una cohesión respecto que el grupo del P.A.I.N.A.V.A.S. no logra establecer precisamente por la incorporación y deserción voluntaria de sus integrantes; pero a pesar de ello si se logra una integración desde el momento en que los miembros que asisten con

más frecuencia establecen una serie de relaciones afectivas y se identifican principalmente por la situación que todos ellos tratan de superar dejando en el grupo un sentido de autoapoyo y autogestión.

5) Declinación : esta es una etapa que marca la terminación o cierre del grupo en la cual se han cumplido los objetivos establecidos y las expectativas de sus miembros han sido satisfechas. En cuanto al grupo que se ha venido manejando se aplica una evaluación parcial con el fin de conocer los alcances nuevos de sus integrantes así como del desempeño de estos durante su intervención no teniendo relación alguna con un cierre definitivo. En este grupo no se puede considerar una declinación por ninguna de las dos vertientes como grupo en sí, esto debido a que solamente puede existir una culminación como miembro del grupo, las características que este tiene únicamente permiten el egreso de sus miembros en forma voluntaria y estos tienden a dejar el grupo cuando se ven limitados por cuestiones económicas o existen factores de tiempo y dificultades familiares para continuar su asistencia al grupo; en otros casos la terminación de la relación grupal se da cuando se ha superado la situación del problema y se ha alcanzado la madurez individual, factor que pocas veces se manifiesta en este tipo de grupo principalmente por ser el abuso sexual un problema difícil de ser asimilado y de manejar, además de contar con la variabilidad que existe en cuanto a la atención terapéutica de los pacientes, la cual por lo general es prolongada de acuerdo al grado de participación del paciente en su tratamiento y del apoyo que proporcionen los padres o familiares.

Es así como en forma general el Trabajo Social realiza su función educativa en el servicio del programa P.A.I.N.A.V.A.S. particularmente en su intervención grupal, aplicando todos aquellos elementos teóricos que le permiten una conducción del mismo en forma positiva y acorde con los objetivos generales del P.A.I.N.A.V.A.S. y de la institución.

En cuanto a la intervención de los demás miembros del equipo interdisciplinario con el grupo es mínima, la trabajadora social tiene la opción de pedir apoyo al equipo cuando lo considere conveniente; ya sea para exponer algún tema en especial o cuando se le proponen sugerencias, mismas que pueden ser retomadas por la trabajadora social.

### 3.2.1.2. INTERVENCIÓN DE CASOS

En cuanto al estudio de casos su intervención estriba en proporcionar información en relación a la dinámica familiar y el ambiente social en el cual se desenvuelve el paciente, y de esta manera contribuye en la estructuración completa del expediente clínico de los pacientes. En otro ámbito más operativo y de acuerdo a su disciplina en relación al concepto referido al estudio de casos, realiza una "investigación para lograr conocer la situación real y aclarar el problema, la relación para adecuarla a la motivación que al trabajador social dirige con apoyo profesional, y la acción para movilizar las fuerzas del individuo"<sup>21</sup>; utilizando todos los recursos disponibles y así efectuar la promoción social que implica que el ser humano sea capaz de organizarse y moverse en la búsqueda de alternativas de solución a sus necesidades.

Con la finalidad de presentar una descripción más amplia sobre como se da el proceso de intervención de casos, así como la utilidad que este tiene en la atención terapéutica proporcionada a los menores víctimas de abuso sexual se presentan a continuación dos casos de pacientes en los cuales se describe el ambiente familiar en el cual se encuentran inmersos; haciéndose mención de los aspectos que al trabajador social toma en cuenta para poder establecer un diagnóstico, así como de los elementos teóricos en los cuales se basa para

---

<sup>21</sup> Lic. Merve Parida Etna, M.C.; "Metodología para el estudio de casos", México D.F., 1992., ENTS., UNAM., Pág. 9.

establecer un seguimiento y la aplicación de un plan de acción a seguir; proporcionándose además la similitud de la situación de los casos con las teorías establecidas sobre la victimización sexual en relación al contexto familiar, teorías retomadas del libro "Abuso sexual al menor" del autor David Finkelhor.

El trabajador social en la intervención de casos realiza en un principio un estudio de primer nivel (anexo 4), en donde a partir de la información obtenida realiza un diagnóstico que le permite elaborar un plan de acción en el seguimiento del caso y poder proporcionar el apoyo necesario en el tratamiento terapéutico del paciente; en la descripción del diagnóstico el trabajador social retoma aspectos relacionados a la dinámica familiar : comunicación, roles, existencia de normas y límites, manejo de autoridad, relaciones entre los miembros de la familia, así como los valores establecidos en ella, para poder determinar si existe o no una funcionalidad en la familia; toma como referencia los aspectos presentados por el Dr. Leopoldo Chagoya en relación a "La dinámica familiar y patología", donde presenta características de una familia funcional o disfuncional a partir de las relaciones familiares y expresión de afectos; también conoce y maneja las etapas en relación al "Ciclo vital de la familia" del autor Lauro Estrada con la finalidad de dar una descripción de la etapa en que se encuentra la familia.

Es importante hacer mención que la mayoría de los casos tratados cuentan con la información proporcionada en el estudio de primer nivel; en cuanto a los casos que a continuación se presentan tienen una conformación distinta, en estos se ha llevado a cabo un seguimiento donde se han aplicado una serie de entrevistas a los padres o a quien se responsabiliza de los menores .

## **CASO No. 1**

### **ESTUDIO DE TRABAJO SOCIAL**

**Paciente Danaha Liliana**

**Edad: 13 años**

**José Guadalupe (Padre de la paciente)**

**Elvia Noemí (madre de la paciente).**

**No. de entrevistas: 4, y 1 visita domiciliaria.**

**Información proporcionada por ambos padres de la menor.**

#### **MOTIVO DE CONSULTA:**

Acude al servicio la paciente acompañada por la madre quien refiere que van 2 ocasiones en que su esposo "Toca a la niña obscenamente, así como insinuaciones para acostarse y tener relaciones sexuales".(sic. madre).

En la primera ocasión la reclama a su pareja amenazándolo con demandarlo, mencionando no volverlo a hacer ya que nadie tuvo la culpa; en la segunda ocasión lo enfrenta nuevamente utilizando una pistola disparando en dos ocasiones, ya que si se atrevía a tocar a Danahe lo mataría.

La menor presenta problemas con compañeros, agresividad física y verbal heterodirigida a sus compañeros de clase, así como prapotencia, irritabilidad, bajo rendimiento escolar, bajo autoestima, hiperhidrosis palmar, estado de ánimo con tendencia a la tristeza, aislamiento social y temor cuando estaba a solas con su padre; debido a lo cual la madre decide buscar ayuda especializada para superar estos eventos.

### **GRUPO FAMILIAR:**

**Sr. José Guadalupe (padre de la paciente), con dos uniones previas, tiene 43 años, escolaridad secundaria, casado civilmente, ocupación taxista.**

**Sra. Elvia Noemí (madre de la paciente), 29 años de edad, escolaridad primaria, se dedica a labores del hogar.**

**Danahe Lilliana (paciente), escolaridad 2o. de secundaria, estudiante con 13 años de edad.**

**Sharira (hermana de la paciente), escolaridad 3er. año de primaria, estudiante de 7 años de edad.**

### **INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES FAMILIARES:**

**- Familia paterna extensa originaria de esta ciudad en la que al fallecer el padre hay una separación entre los hijos por la herencia, quedando como único propietario al padre de la paciente; mismo que cuenta con antecedentes de farmacodependencia (anfetaminas).**

**El padre de la M.M.E. ha tenido con anterioridad 2 familias en las cuales el motivo de separación es:**

**1a. pareja: separación por situación económica, adulterio; quedando su hijo con su pareja (Adaluz).**

**2a. pareja: relación ocasional en la cual la señora María de la Luz le refiere a los 4 meses estar embarazada, viviendo por 3 años con ella, casado civilmente; separación por adulterio quedando sus hijas bajo el cuidado de la madre.**

**3a. actual pareja: Señora Noemí; tuvieron una separación debido a la infidelidad de parte del señor José Guadalupe ya que durante el embarazo de Noemí**

regresa con su segunda pareja; buscando a Noemi hasta que Danahe tiene 4 años de edad.

- Familia de origen materno incompleta por fallecimiento del padre, son originarios de esta ciudad, el abuelo fue el agresor sexual de la madre de la paciente (incesto) a la edad de 10 años, siendo demandado y detenido por 6 meses; la víctima Elvia Noemi enviada con familiares sintiéndose rechazada y culpable por la detención del padre.

Al salir el padre de prisión busca a su pareja y deciden vivir juntos nuevamente, regresando Elvia con su familia prometiendo no acercarse a ella, inicia con alcoholismo y corre a los hijos de su domicilio por lo cual es demandado nuevamente, sintiéndose temeroso ya que sería detenido en cualquier momento.

El padre no tiene ni voz ni voto en su casa, descalificándolo la madre frente a los hijos, sin respeto alguno, llegando en ocasiones a enfrentamientos con golpes (con cables de luz hasta dejarlos marcados) al reclamar las adicciones que presentan los varones.

**Madre:** codependiente de su pareja

**Padre:** agresor sexual; físico y verbal

**Hermanos:** tres farmacodependientes (cocaína y marihuana).

**Hermanos:** dos reclusos por homicidio

**Hermana:** retraso psicomotor

Noemi: Víctima de incesto, adicta por 6 meses a la cocaína y marihuana; responsable de cuidar y atender a los hermanos en ausencia de la madre.

Elvia Noemí menciona que fue injusta su responsabilidad y que se convirtió en la criada y madre de sus hermanos.

#### **HISTORIA DE PAREJA:**

Elvia Noemi conoce a José Guadalupe y lo ve como un escape a los problemas familiares así como también por la solvencia económica que tendría, no fue aceptado en su familia el ser divorciado y por la diferencia de edad, sin embargo deciden vivir juntos y no aceptan las intromisiones de sus familias,

Entre las expectativas de pareja:

José Guadalupe ve en Noemí una mujer "muy joven, guapa y virgen"; Noemí: "al principio no lo quería y después me enamoré de él". (sic.)

En su vida en común tuvieron problemas significativos como discusiones frecuentes, infidelidades separándose la pareja por cuatro años, siendo la familia de origen materno quien desempeña el papel de padre y proveedor económico. Refiere Noemí que en este periodo presenta una soledad, tristeza al observar la infidelidad de su pareja, así como estar en periodo de embarazo con 6 meses sin contar con el apoyo de su esposo.

Al nacer la paciente comenta Noemí, no presenta ninguna alteración en su desarrollo. El maternaje es ejercido por la abuela materna ya que Noemí continuaba como hija de familia. El rol de padre fue desempeñado por el abuelo y tío con grandes preferencias por ser la primera nieta y sobrina hasta la fecha actual.

Las llamadas de atención a Danahe eran establecidos por los abuelos y aceptados por la madre.

Debido a los problemas económicos de su familia y al buscarla José Guadalupe decide regresar por al bienestar de su hija.

Hay reclamaciones constantes de parte de Danahe a su progenitor cuando este le llama la atención diciéndole "Tú no eres mi padre y sólo obedezco a mi abuelo", situación que se presenta por tres años; más hasta que este se gana el cariño, así como la convivencia diaria entre los tres.

Durante año y medio acompañan Noemí y Danahe a su esposo en cada uno de sus viajes al desempeñarse como chofer de un trailer.

Cuando Danahe tiene cinco años de edad la pareja le pide su opinión en cuanto a otro hijo, aceptando la paciente sintiéndose segura haciendo planes para compartir los juegos con su hermana.

Hay preferencias en cuanto al trato entre cada uno de las hijas: Danahe con Noemí y Sharira con José Guadalupe; manipulando los conflictos con ventajas.

#### **DINÁMICA FAMILIAR:**

A partir de la segunda agresión sexual a Danahe el padre de esta se muestra temeroso de ser demandado, mejorando la situación entre los miembros buscando una atención especial a Danahe ya que no desea que esta viva una situación semejante a la suya.

Las decisiones importantes las toma la madre, así como el cuidado de la casa y cubrir sus necesidades orientando a la menor para que se cuide de su padre y de otros hombres que pretendan tocarla o abusar sexualmente.

Menciona Noemí que lo que sucedió entre su pareja y la paciente no fue tan grave, fue un error, sintiéndose culpable ya que dejaba a sus hijas por periodos prolongados al tomar cursos (artesanías, decoración) en diferentes lugares quedando su pareja como el responsable de cuidar y atender a sus hijas, a lo cual ha decidido otorgarle el perdón a su pareja.

El padre tiene preferencias a la hija menor ya que es obediente, estudiosa, comparte juegos con él, no así Danahe ya que es mayor y se identifica con Noemí.

A Danahe a finales del ciclo escolar anterior (1o. de secundaria) un drogadicto la jala y le acaricia sus piernas defendiéndose y escapando de su agresor.

Las normas, valores, autoridad; actualmente son establecidos por la pareja tomando acuerdos.

Los límites son establecidos por la madre y aceptados por el padre, las llamadas de atención son con palabras y sólo en contadas ocasiones han tenido que pegarle al desobedecer constantemente.

Noemí es la encargada de recoger a las hijas en sus escuelas, así como la revisión de cuadernos y elaboración de tareas.

José Guadalupe es el proveedor económico siendo su rol periférico en las situaciones cotidianas.

La expresión de afectos que se presentan con mayor frecuencia son los de bienestar; y a partir de la situación de Danahe los afectos son expresados en forma separada.

La relación entre las hijas ha mejorado debido a que los padres han establecido acuerdos para evitar preferencias entre ellas.

#### **IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:**

Paciente femenina adolescente que ha sido agredida sexualmente por el padre en dos ocasiones, forma parte de una familia reconstruida que se encuentra en la etapa del ciclo vital de la educación y adolescencia de los hijos. Cuentan con un nivel socioeconómico medio para solventar sus gastos, habitan en una zona suburbana del Distrito Federal.

La familia a la que pertenece la M.M.E. es disfuncional ya que las crisis que se presentan son como una lucha de poder entre sus miembros, desconociendo estas sus responsabilidades inherentes a su rol.

La comunicación es abierta entre los miembros con mensajes claros, empleando palabras fuertes sin temor a perder la estimación y el cariño entre ellos.

La expresión de afectos que se presentan con mayor frecuencia son los de bienestar con muestras congruentes al estímulo, con una capacidad para expresar afecto, atención, existiendo rabia y decepción; a partir de la situación de la menor hay una baja autoestima.

Los límites, normas, valores son establecidos por la pareja a través de acuerdos previos a las hijas.

La depresión en la familia es vivida ocultando la tristeza con diferencias frecuentes al tolerar más la cólera.

El aislamiento social que presenta esta familia, la sobreesexualización inapropiada del modelo de los padres ha provocado desviaciones sexuales entre sus miembros.

El padre ha tenido dos uniones en las cuales el factor determinante del adulterio y las infidelidades han modificado la dinámica familiar.

Las expectativas de la pareja fueron diferentes al formalizar su unión como escape a las dificultades con sus familias de origen.

El pobre involucramiento que presenta el padre hacia la paciente ha generado diferencias y preferencias entre los hijos manipulando la situación entre los padres.

#### **PLAN:**

- ♦ Coordinación con el equipo interdisciplinario para el seguimiento clínico de la paciente.
- ♦ Asistencia al grupo de orientación para padres del servicio.
- ♦ Asistencia de la menor al grupo de adolescentes del servicio.
- ♦ Sensibilización a la madre para que su pareja reciba un tratamiento en relación al motivo de consulta, así como su involucramiento afectivo familiar; desempeñando su rol.

#### **CASO CLÍNICO (información del médico tratante) :**

Menciona la paciente que hace un año aproximadamente inició su problema, con el transcurso del tiempo se sintió confundida y solicitó ayuda a un maestro de la escuela, quien le aconsejó que lo comunicara a su madre.

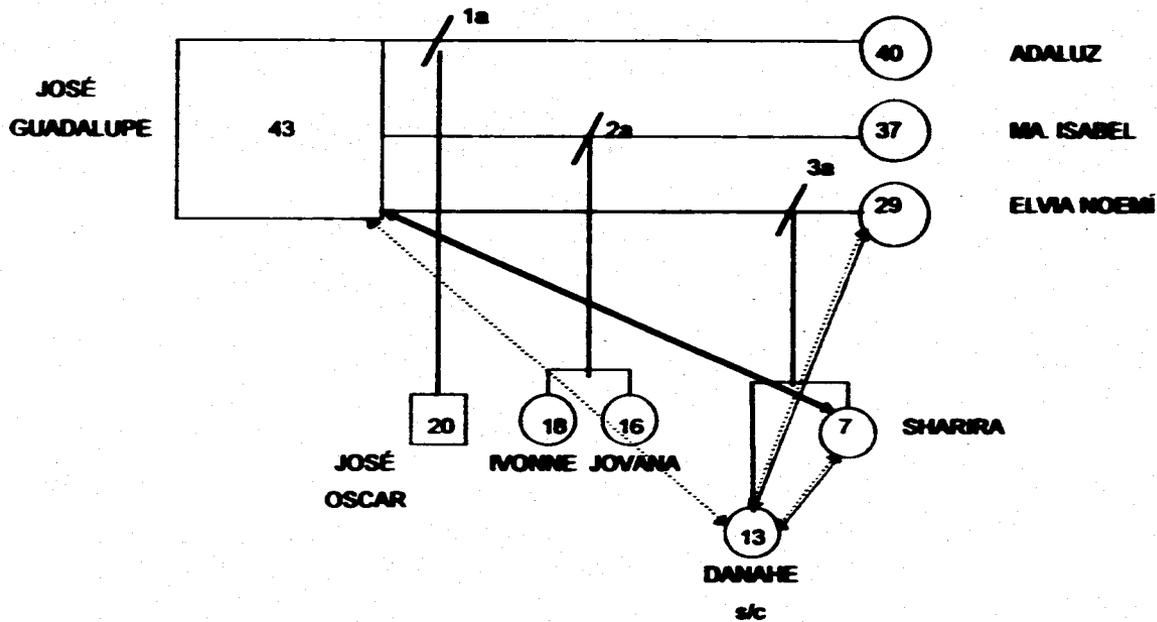
Refiere la paciente haber estado acostada con su padre en la cama viendo la televisión y en forma repentina su padre la abrazó y le tocó su cuerpo de una manera obscena, le quitó la ropa interior; él se bajo los pantalones y la trusa, abalanzándose violentamente sobre ella, colocó su pene entre sus muslos; ella no supo que hacer, estaba desconcertada, posteriormente menciona que no hubo penetración.

Unos días antes de presentarse a la clínica, una mañana la adolescente se arreglaba para asistir a la escuela y su padre nuevamente la sorprende con proposiciones indecorosas como: "ven acuéstate conmigo un ratito"; ella se negó y se retiró.

Por estos motivos ingresa al P.A.I.N.A.V.A.S. donde se le entrevista y se observa angustiada, refiere tener mucha vergüenza, dirige la mirada al piso al citar lo ocurrido, entre sollozos y lágrimas expresa "syúdenme, no sé porque mi papá quiere hacer eso conmigo".

Después de tres meses la paciente presenta mejoría importante: acredita las materias que había reprobado (matemáticas y artes plásticas); cursa actualmente segundo de secundaria, participa en la banda de guerra y dentro de sus objetivos es estar en el cuadro de honor de la escuela.

Es preciso mencionar que el padre nunca ha asistido a consulta aunque se le ha citado. Al parecer se debe a la influencia de la esposa quien no le ha informado correctamente acerca de los servicios que esta dependencia ofrece y teme ser aprehendido.



1a INFIDELIDAD  
 2a INFIDELIDAD  
 3a SEPARACIÓN POR 4 AÑOS

**RELACIONES INTERPERSONALES**

- ◄---► R. (-) RECÍPROCAS
- ◄---► R. AMBIVALENTES
- ◄---► R. (+) RECÍPROCAS

## **RELACIÓN DEL CASO CON LAS TEORÍAS:**

Este primer caso nos presenta dos vertientes distintas del abuso sexual a partir del incesto; en cuanto al primero nos referimos al efectuado a la madre de la paciente quien fue víctima de su padre llevándose acabo la denuncia, sintiéndose esta culpable de la separación de la pareja; de acuerdo con la información proporcionada en el área correspondiente a la investigación de antecedentes familiares en el estudio y de las teorías, es posible que el incesto se haya dado por "Papeles de confusión: En el sexo adulto-niño, los adultos colocan a los niños en un papel adulto. Un padre actúa con su hija como si fuera su esposa. En esta teoría, el incesto padre-hija es una especie de adaptación funcional a un grave forzamiento de papeles. Los padres en estas familias usualmente tienen matrimonios infelices y el sexo entre los cónyuges es desagradable o simplemente no existe. a) Las madres son miembros periféricos de la familia, b) La hija asume muchos de los cuidados de la casa y las responsabilidades del cuidado de los hijos; y la desplaza sexualmente como una extensión natural". Aspectos que se presentan en la situación vivida por la madre de la menor, quien ejercía los roles generales de la madre en el hogar.

En cuanto al segundo incesto nos referimos al abuso en la paciente, la impresión diagnóstica ya nos maneja una teoría : "El aislamiento social: este puede reflejar y reforzar varias fuerzas que promueven el incesto, estas familias se apartan de la interacción social y se meten dentro de sí mismas; el aislamiento social trae un clima en donde la desviación puede surgir más libremente", de acuerdo con la información la familia vive en una área aislada de la supervisión social y las menores no tienen relación alguna con otros familiares o amigos que puedan frecuentar. Una segunda teoría aplicable en este caso es : "La relación madre-hija: la opresión de la mujer como esposa y como trabajadora promueve la victimización sexual de sus hijas. Si las niñas han de aprender una conducta que les ayude a autoprotgerse, especialmente en situaciones de tipo sexual, deberán aprenderlas a partir de la madre. Cuando las

mismas madres están desmoralizadas o desorganizadas y son ellas mismas víctimas en sus relaciones con esposos y otros hombres, estarán en una posición muy difícil para transmitir estas habilidades (autoprotección)". La madre de la menor fué víctima de abuso sexual , se dedicaba a tomar cursos dejando a sus hijas con el padre, sus relaciones de pareja no eran satisfactorias al existir separaciones, por lo tanto no se daba una supervisión y el padre al no tener reforzados los lazos de parentesco con la menor , racionaliza haber tenido un impulso sexual al ver a su hija en ropa interior .

## **CASO No.2**

### **ESTUDIO DE TRABAJO SOCIAL**

**Paciente:** Adrián

**Edad:** 8 años.

**Sra. Adriana** madre del paciente que presenta deficiencia mental.

**Información proporcionada por:** Sra. Rosa María abuela del paciente y responsable de éste.

#### **MOTIVO DE CONSULTA:**

Refiere la abuela que a los tres años ingresa al Kinder, lloraba y se mostraba muy ansioso al separarse de ella, lo mismo ocurrió al ingresar a primer año escolar, por esa época comenzó a defecar en el salón de clases y en su casa embarraba los muebles y las paredes con su excremento y suele defecar en el pasillo o fuera del inodoro.

En el salón de clases grita y constantemente se para de su lugar, agrada a sus compañeros y vecinos; también le ha pegado a la abuela y la madre, a los adultos en

general suele faltarle el respeto burlándose de ellos. Al único que obedece es a la pareja de la abuela.

Esta menciona que frecuentemente ha observado al niño masturbándose, no le llama la atención "porque no sabe que decir".

Desde los 4 años le gustaba acariciar los pies de los adultos y al hacerlo "se le ponía el pene erecto". En una ocasión la abuela vio que le ponía el pene a una muñeca.

Hace dos años lo sorprendió cuando le quitaba el pañal a una prima.

En varias ocasiones les ha mostrado los genitales a las niñas de la vecindad; también le gusta levantarles la falda.

La abuela menciona que uno de sus hijos es homosexual y otra lesbiana. Anteriormente se reunían en su casa con sus amigos y probablemente el niño los vio besarse y tener relaciones sexuales. También tanto la madre como la abuela suelen bañarse con el paciente o vestirse en su presencia, inclusive la madre duerme con él. En esto ya se le ha señalado a la abuela que abandone estas costumbres; lo cual no ha hecho "porque el niño no se sabe bañar bien y por falta de espacio donde acostar al niño".

#### **GRUPO FAMILIAR:**

La familia actualmente está conformada por tres miembros:

Sra. Rosa María de 49 años de edad, abuela materna del paciente y responsable de éste; escolaridad 2º año de comercio; ha tenido padecimiento psiquiátrico con dos intentos de suicidio.

Sra. Adriana de 26 años de edad, madre del paciente, presenta retraso mental medio, asistiendo a escuela especial. Ha tenido varias parejas.

## **MATERNAJE:**

El paciente es producto de una violación. La abuela procedió legalmente con el padre e intentó que en el I.M.S.S. le practicaran un legrado a su hija; no deseaba que el niño naciera porque sabía que ella tendría que hacerse cargo de él. Al nacer el menor consiguió que a la madre se le practicara la salpingoclasia.

La madre no tenía conciencia del embarazo y de lo que implicaba la maternidad, al nacer el niño la abuela intentó que lo cuidara, lo cual no pudo hacer; por ejemplo: en una ocasión le dio té de yerbas de olor; también se lo llevaba a la calle vendiendo al menor en \$ 5.000 00. Por eso no le tiene confianza, piensa que puede volver a hacerlo; además la madre suele irse de casa por días o semanas; se relaciona con varias parejas, suele "coquetear" sobre todo con policías y militares. Ha sido violada en varias ocasiones y una atropellada. Cuando sale con el paciente la abuela le pide al niño que la cuide.

La abuela reconoce que le pesa encargarse de la madre y del niño, y que no les brindó afecto en su infancia por dar prioridad a su trabajo y parejas. En el caso del paciente compartió con los tíos la crianza "al niño pasaba de una casa a otra". Hasta los 4 años la abuela decide encargarse de él.

## **HISTORIA DE FAMILIA:**

Primera relación de pareja de la abuela. Menciona que su esposo era "desobligado" no proveía o lo hacía en forma insuficiente. La señora trabajaba para sostener a sus hijos; su esposo le robaba su dinero, se relacionaba con otras parejas y rechazaba a sus hijos, se negaba inclusive a convivir con ellos; por estas razones decide separarse de él después de 8 años de matrimonio.

Con su segunda pareja sostiene primero relaciones de amasiato, porque él era casado; esto la señora lo sabía, así como el que tenía relaciones con varias parejas y ser muy agresivo (en la calle se pelea con frecuencia). A pesar de esto decide vivir con él en unión libre.

Él es una persona muy irritable, la señora lo atribuye a que es diabético. Al inicio de su vida en común él continuaba relacionándose con otras parejas, la agredía constantemente en forma verbal y en una ocasión intentó ahorcarla; considera que era muy pasiva cuando la amenazaba con dejarla, ella le suplicaba " porque lo quería o lo necesitaba; me aferraba a él".

#### **DINÁMICA FAMILIAR:**

Actualmente la señora está segura que él ya no es infiel, sin embargo continua discutiendo por cualquier cosa, la comida, la ropa o los celos de él, intenta prohibirle que salga de su casa.

La señora considera que sus problemas se han incrementado porque ahora ya no permite que le domine. El señor se siente mal porque ella le recuerda constantemente que está en su casa e inclusive ha llegado a correrlo. Cuando discuten ya se le enfrenta y no se intimida a pesar de que él la insulta e intenta golpearla; la señora dice que desea separarse de él, siente que ya no lo quiere; ya no desea tener relaciones sexuales con él; lo atribuye a lo anterior y a que se encuentra en la menopausia.

Sus discusiones son presenciadas por el paciente. Asistieron a terapia de pareja durante 3 meses, pero al salir se peleaban; "ya no podemos vivir sin agredirnos".(sic. abuela)

La madre del paciente anteriormente obedecía a la pareja de la abuela, actualmente no se habían "mi hija a pesar de su retraso mental le puso límites"; le prohibió que le faltara el respeto con sus agresiones verbales. El paciente en cambio lo quiere mucho, le dice papá, cuando llega de la escuela lo busca, juega con él, le compra lo que le pide, lo consiente.

Si la abuela le llama la atención o lo regaña le dice "no le hagas caso, está loca", pero cuando está de mal humor o el niño no puede hacer la tarea le pega y le dice "cochino", "menso", "tonto", "maricón" o le pone sobrenombres como "cosita de la fregada".

La abuela a veces tiene que amenazarlo con castigarlo o pegarle, dice que es firme cuando le prohíbe algo, aunque le hace berrinches; sin embargo el niño la "acusa" con su pareja y se sale con la suya. Ha hablado con él al respecto pero no entiende y ésta le menciona "tú eres la que está mal" - "Loca". La señora piensa que le dice esto porque está en tratamiento psiquiátrico.

La madre del paciente es agresiva con la abuela "no puedo manejarla", también desautoriza a la abuela, la insulta frente al niño. La abuela le ha explicado a este que su madre está enferma.

La madre se pelea con él como si fuera otro niño, se agreden verbal y físicamente y la abuela tiene que regañarlos a los dos.

Finalmente menciona que el paciente ubica a la madre y a ella, pero les llama madre a las dos; en ocasiones ha expresado el deseo de tener hermanos y de ser soldado, desea internarse en el colegio militar.

## **IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (Clínica de la Atención)**

Paciente masculino de 8 años de edad, producto de una violación, pertenece a una familia extensa de nivel socioeconómico bajo, disfuncional. Madre con retraso mental, la abuela en tratamiento psiquiátrico y la pareja de esta es descrito como una persona sumamente violenta.

La madre rechazante e incapaz para ejercer el rol materno, el menor fue privado afectivamente desde la infancia, carece de una liga afectiva significativa debido a que varias personas se vieron involucradas en su crianza.

Actualmente vive en un ambiente de tensión y angustia por las frecuentes ausencias de la madre y los conflictos de la abuela y su pareja, este es permisivo al parecer busca con esto una alianza con el niño, lo utiliza para retener a su pareja y para agredirla descalificando su autoridad; afectivamente es ambivalente, afectuoso en ocasiones y en otras lo maltrata verbalmente afectando su autoestima.

La abuela no manifiesta abiertamente su rechazo hacia el niño; sin embargo existe y lo percibe como una carga; por ello también aparece la culpa.

### **PLAN DE ACCIÓN:**

Se le sugiere continuar tratamiento psiquiátrico en el I.M.S.S., acudir al grupo e independientemente de la decisión que tome respecto a su pareja no separarse del paciente y abandonar su tratamiento.

## **IMPRESIÓN DIAGNOSTICA (P.A.I.N.A.V.A.S.)**

**Paciente masculino escolar producto de una violación, forma parte de una familia extensa que se encuentra en la etapa del ciclo vital de la educación de los hijos; tiene un nivel socioeconómico bajo para solventar sus gastos, habitan en una zona urbana de esta entidad.**

**La familia es disfuncional ya que las crisis que se presentan son una lucha por el poder de parte de los miembros, desconocen sus responsabilidades inherentes a su rol, no identifican sus fuerzas positivas y negativas; presentan una tendencia a la crítica destructiva.**

**La madre presenta un retraso mental mediano debido a lo cual no se encuentra capacitada para ejercer el rol materno ya que requiere de una atención especial; siendo desempeñada esta responsabilidad por la abuela (presenta padecimiento psiquiátrico) quien en ocasiones lo manifiesta como una "carga".**

**La comunicación es poco clara, indirecta, manejando mensajes enmascarados en momentos de crisis; y los silencios acumulados crean frustración y angustia.**

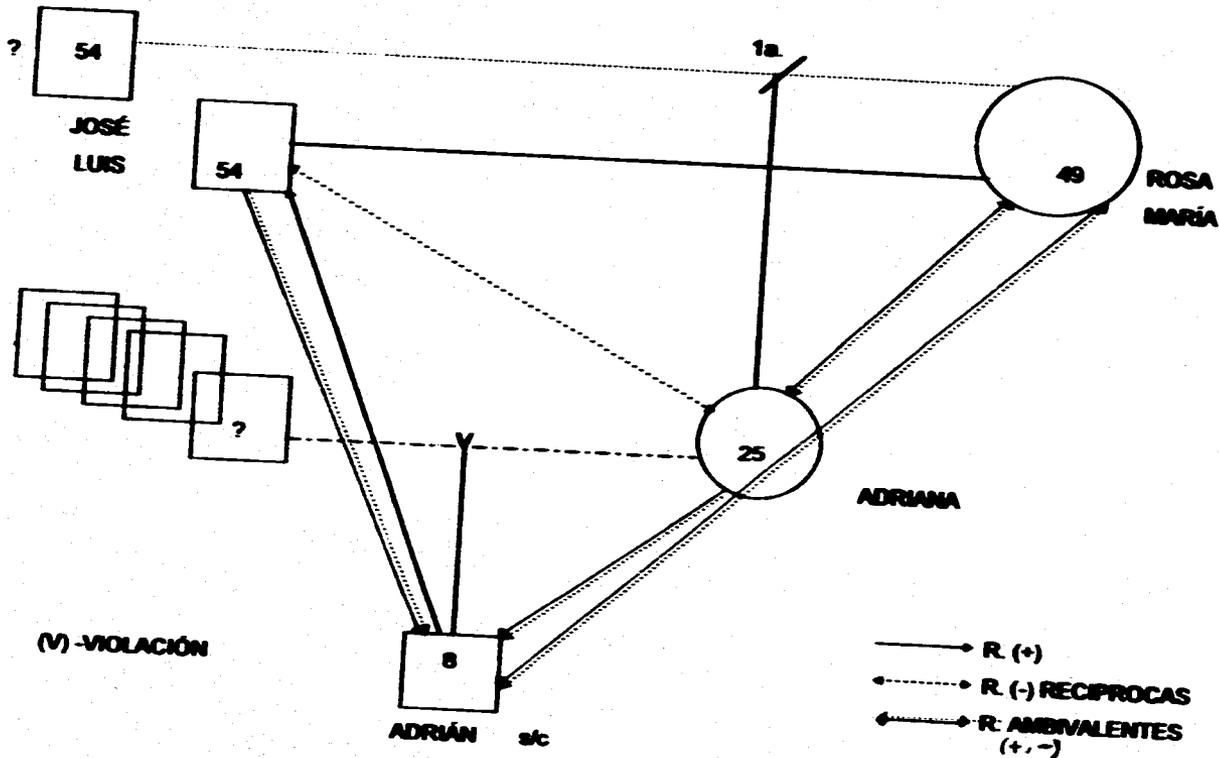
**La expresión de sentimientos que se presentan con mayor frecuencia son los de malestar con muestras exageradas ante las situaciones que se presentan, hay una incapacidad para pedir y dar afecto, existiendo rabia, decepción y una baja autoestima.**

**Las funciones y papeles son rígidos establecidos por la abuela; y el paciente funciona en ocasiones con un rol de adulto al tener que responsabilizarse de los cuidados a su madre recibiendo promesas implícitas e inherentes al rol de adulto.**

Los límites al ser impuestos no son reconocidos por los miembros, generando actos de rebeldía constantes.

#### **PLAN DE ACCIÓN:**

- ◆ Coordinar trabajo con el equipo interdisciplinario para el seguimiento del caso.
- ◆ Asistencia de la responsable legal al grupo de orientación para padres del servicio P.A.I.N.A.V.A.S.
- ◆ Asistencia del paciente a un grupo terapéutico (psicología).
- ◆ Sensibilización a la responsable del paciente en relación al establecimiento de límites, normas, autoridad y valores, para evitar situaciones de conflicto entre los miembros de la familia, así como también el respeto que cada uno merece independientemente de algún padecimiento psiquiátrico (atención individual).



## **RELACIÓN DEL CASO CON LA TEORÍA:**

Este segundo caso también nos presenta dos tipos de agresiones sexuales, en cuanto a la madre esta ha sido en varias ocasiones víctima de abusos sexuales, siendo el menor producto de una de las violaciones, de acuerdo a las teorías la deficiencia mental de ésta y la falta de supervisión por parte de la madre (Sra. Rosa María) quien se ausentaba por tiempos prolongados de su hogar son factores que propician cualquier tipo de agresión. La teoría aplicable es: "La victimización sexual se asocia más bien con controles débiles que con controles estrictos, la victimización es más común cuando las madres se encuentran ausentes o están enfermas. La relación madre-hija : la opresión de la madre como esposa y como trabajadora promueve la victimización sexual de sus hijas. Cuando las mismas madres estén desmoralizadas o desorganizadas y son ellas mismas víctimas de su esposo, estarán en una posición difícil para transmitir habilidades de autoprotección".

En cuanto al abuso sexual ocurrido en el paciente únicamente son aplicables algunos aspectos descritos en las teorías: "Conflicto y rompimiento marital,. Los niños crecen dentro de familias marcadas por los conflictos entre los padres, reciben mensajes contradictorios , especialmente respecto al sexo. Las familias en donde existen muchos conflictos o en las familias que han sido rotas , los niños tienen una menor supervisión. Relación madre-hija , las niñas sin madre o con una madre incapacitada probablemente no cuentan con la protección adecuada o supervisión. El aislamiento social el cual no debe incluir solamente el aislamiento geográfico sino también el aislamiento que produce la pobreza, la constelación familiar, la timidez o un sistema de valores en particular. Tal aislamiento podría fomentar la victimización sexual debido a que los miembros de la familia desarrollan valores desviados que promueven la victimización".

En un principio el ambiente del paciente no fué el adecuado, los comportamientos de la abuela con sus hijos generó una serie de desviaciones sexuales entre estos mismos,

que afectaron el desarrollo del M.M.E. , su educación no fue establecida por un elemento determinado de la familia, su madre presenta deficiencia mental media, la abuela responsable de su cuidado acude a atención psiquiátrica rompiéndose la relación madre-hijo, no teniendo protección ni supervisión adecuada; desde el momento de su nacimiento; éste fué una carga para los miembros de la familia rotándose entre ellos el cuidado del menor; a pesar de que el abuso es ocular por presenciar relaciones sexuales desviadas (homosexualismo y lesbianismo) su conducta se ve afectada al no tener establecido un sexo definido en el mismo; así como una personalidad paternal adecuada.

En los dos casos la intervención del trabajador social presenta una forma distinta de retomar el caso, en ambas situaciones se conoce al agresor y están inmersos en el mismo núcleo familiar; pero en ellos no se trabaja de la misma manera; en el primero se maneja una situación de abuso sexual efectuado por tocamientos y caricias por parte del agresor hacia la M.M.E.; en este la trabajadora social aborda el problema tomando como base fundamental la situación vivida por la madre con la finalidad de conocer si existe en ella alguna conducta de regresión que impida proporcionar el apoyo necesario a sus hijas; la atención individual va dirigida al alcance de una concientización en cuanto a hacerle ver a la madre que su pareja (agresor) necesita atención psiquiátrica y que su ayuda es importante en el tratamiento de la paciente, retomándose aquellos factores que se encuentren débiles en la dinámica familiar.

El segundo caso es abordado a partir de la información registrada por la clínica que en un principio lo atendió (clínica de la atención), y el equipo interdisciplinario del P.A.I.N.A.V.A.S. comienza a intervenir directamente con los aspectos relacionados a los cambios de conducta provocados por la participación ocular del menor en las relaciones sexuales desviadas de los tíos; el manejo de este problema tiene otra perspectiva al anterior, lo importante es establecer en el paciente una figura masculina y femenina bien definida, así como una figura materna adecuada; para ello la

trabajadora social detecta los factores dañados en la dinámica familiar y se aboca a trabajar con el miembro de la familia que sea más factible para el alcance de la readaptación del menor.

En otro aspecto la descripción de la impresión diagnóstica por ambas trabajadoras sociales de los distintos servicios nos permiten observar los diferentes enfoques que puede tener un problema si no se conoce la causa principal de la alteración conductual del menor, además de mostrar cómo de acuerdo al área se lleva a cabo el planteamiento de acciones a seguir.

Los dos casos en forma general nos plantean cuatro agresiones sexuales, al detectarse la victimización de las madres, aunque una de ellas haya sido violación. La trabajadora social elabora su plan de trabajo para atender la situación a partir de la incorporación de la madre al grupo y proporcionarles orientación individual procurando que estas alcancen a comprender lo importante de la atención a sus hijos y mantenerse firmes ante la diversidad de factores que pudieran frenar la asistencia terapéutica.

La trabajadora social puede realizar a partir de la bibliografía que esta consulte una relación entre la teoría y la situación de los casos, sirviéndole esto para establecer con mayor eficacia un plan de acción a seguir y efectuar la promoción social en la cual los mismos padres son capaces de buscar alternativas de solución a su problema (al abuso sexual), misma que se proporciona con la formación del grupo y la orientación individual.

### **3.2.2. CONTRADICCIONES DETECTADAS EN EL PROCESO DEL SERVICIO SOCIAL.**

Tomándose en cuenta la contradicción como una oposición de dos juicios o dos acciones, se detectaron las siguientes:

- Se ha considerado a la familia como el círculo social en el cual se va moldeando la educación y personalidad de los niños, y donde principalmente se proporciona seguridad y protección. Pero además un alto índice de abusos sexuales a menores y adolescentes ocurren en el mismo domicilio y por un familiar conocido y cercano (padre, padrastro, hermano, medio hermano, hermanastro, primo, tío.).

Encontrándose en ello la oposición al hablarse de la familia, la cual pierde esa categoría de ser un ambiente que proporcione seguridad y protección, y se convierta en un lugar lleno de confusiones y de inseguridad, sobre todo al generar en los menores alteraciones emocionales como ansiedad y miedo.

- Los padres de los menores acuden al servicio para que sus hijos sean atendidos y logren su restablecimiento al ser superada la agresión ocurrida. Pero también son ellos mismos los que suspenden el tratamiento de sus hijos cuando ellos como padres piensan haber superado lo ocurrido sin tomar en cuenta si su hijo ya se encuentra bien. Esto no quiere decir que exista una diferencia de opinión entre los padres y los hijos para recibir atención, sino que la decisión es unilateral, esta es tomada por los padres y por lo tanto el menor no continúa con su tratamiento.

La oposición se encuentra al considerar que la atención se proporciona en forma más directa a los menores, y los padres en forma inconsciente o muy consciente acuden con la finalidad de sentirse ellos bien olvidando la rehabilitación de su hijo.

- Se ha considerado como elemento de prevención ante el abuso sexual a menores el indicar al infante no permitir el tocamiento de sus genitales a cualquier persona, incluyendo a sus padres: decir "no" por que su cuerpo es solamente de él. Pero aun persiste el dominio de los padres sobre los hijos en cuanto a querer manejar las acciones de estos, y la "educación tradicional" no permite que los menores ejerzan alguna actitud contraria a la de los adultos; y además de ser quienes les deberían de proporcionar un cariño sano.

Esto indica que la oposición se refiere al conocerse que a los menores se les ha enseñado a acatar las órdenes de los adultos; a sentirse en cuanto a derechos igual a lo pequeño que es; estos aun reconocen al adulto como la autoridad existiendo el sometimiento y por ello no conocen sentido de autonomía si no se les ha dado una enseñanza de autoprotección por lo tanto al indicárles la opción de decir "no" a cualquier persona, aun a sus padres no es muy clara principalmente porque es en ellos donde descargan todas sus emociones.

- Un número importante de padres de menores víctimas de abuso sexual han presentado cuadros similares al de sus hijos; esto quiere decir que en algún momento de su infancia o adolescencia también sufrieron una agresión sexual; y aún de existir esto no tomaron alguna conducta que sirviera de escudo a sus hijos para no sufrir esa agresión.

Lo contradictorio es en cuanto a la falta de información o prevención que los padres no proporcionan a sus hijos cuando ellos mismos han tenido una experiencia de abuso sexual; lo cual sería lo más lógico al tomarse en cuenta que por lo común los padres tratan de evitar en sus hijos la repetición de conductas que para ellos fueron desagradables. Pero la existencia del abuso sexual es un problema difícil de manejar y sobretodo de reconocer, creando en este tipo de padres una evasión de la realidad y

sus conductas no son canalizadas para crear un ambiente favorable de prevención, por lo tanto al no haber obtenido una atención en el momento adecuado estos traen consigo una carga emocional negativa misma que en forma inconsciente les impide reaccionar de la manera lógica con la cual una persona "normal" reaccionaría.

- Al ser dado de Alta un paciente se considera que este ha logrado su rehabilitación y la anomalía ha sido sanada; pero en los menores víctimas de abuso sexual se emplea un Alta, la cual es únicamente en forma provisional; es decir, el paciente es dado de Alta pero así mismo se maneja una cita abierta, ya que el tratamiento en este tipo de pacientes es prolongado y se proporciona hasta que el menor lo requiere.

Presentándose la contradicción el manejar un Alta en el paciente y al mismo tiempo proporcionar una cita abierta.

- Otra de las contradicciones se refiere que a pesar de recibir tratamiento los menores y de fomentar en ellos constantemente una seguridad; así como de indicar a los padres lo importante de su apoyo para con sus hijos, estos (los menores) son aún más vulnerables para recibir otra agresión igual o parecida a la que ya han experimentado; esto debido a que la seguridad comienzan a obtenerla en el área de trabajo del psiquiatra, es decir en la institución, pero esta debe ser fomentada constantemente e iría adoptando también en su ambiente familiar y social que lo rodean, al continuar el paciente en el mismo ambiente que lo ha afectado puede ser un factor que propicie nuevamente otra agresión si no se ha tenido una continuidad en el reforzamiento de autoprotección.

Siendo en este caso la contradicción recibir atención y ser aun más vulnerables en la repetición de una agresión. Esto no quiere decir que los pacientes no reciban un tratamiento eficaz, sino más bien que existen una serie de factores ambientales influyentes para repetirse la agresión ( la existencia del agresor dentro del núcleo

familiar, la falta de espacios en la casa para que cada miembro pueda moverse libremente, el inicio nuevamente de insinuaciones sexuales por el agresor o por otra persona, el revivir la situación de agresión a partir de un recuerdo propiciado por la asimilación del ambiente anterior con el que ahora se encuentra.); sobre todo el impacto que haya dejado la agresión sexual en la víctima.

- En el grupo de orientación se maneja solamente su integración únicamente por padres de menores victimizados sexualmente, pero también nos encontramos con que a él asisten tanto padres que han sido víctimas sexuales como de padres que son los agresores, aspecto no muy frecuente. Siendo la contradicción el trabajar un programa que proporcione en los padres una aceptación del evento, liberación de culpa y proporcionar el apoyo a su hijo, cuando no se trabaja con otro programa donde se aborde únicamente a los padres agresores u otro donde se maneje solamente un grupo de madres víctimas de abuso, con la experiencia también de tener un menor victimizado.

Encontrándose sobre todo que el mantener en un mismo grupo tanto a víctimas como victimario nos presenta una forma ilógica de manejar un problema que es asimilado socialmente como un tabú.

En un país tercermundista como el nuestro no es posible abordar un problema sin dejar de ser realistas; la problemática del abuso sexual es considerado como una agresión que afecta el área mental de quien es víctima, pero también es indispensable hacer referencia a una serie de factores que intervienen para dar una rehabilitación. La posición económica de la familia, el lugar y espacios de la vivienda son dos factores importantes; actualmente la población piensa mayoritariamente en cubrir sus necesidades materiales y posteriormente se preocupa por su salud; o simplemente podemos decir que nuestro medio nos adapta a llevar una vida monótona donde el día alcanza solamente para trabajar (hacer dinero) y dormir, y el dinero para subsistir,

olvidándonos de los momentos de esparcimiento y comunicación afectuosa que nos libere de tensiones.

Por lo tanto es indispensable la intervención de diferentes disciplinas en la atención de problemas que afectan la salud mental, mismas que visualicen el problema en un contexto general y realista (emocional, social, cultural, económico y jurídico); y lo más importante hacer que estas interactuen con un mismo fin: lograr una readaptación del individuo a la sociedad; pero tal parece ser que aún a los mismos profesionistas también llega a afectarles el ritmo de vida de una sociedad como la nuestra y olvidan su labor asistencial exigiendo quizá cosas inalcanzables para algunas familias, y poco a poco van restándole ellos mismos cierta importancia a la problemática planteada inicialmente, ejerciendo sus actividades ya no en forma conjunta sino como un trabajo individual sin proporcionar una atención completa.

## **CAPITULO IV**

### **LÍNEAS GENERALES PARA INSTRUMENTAR UN PROGRAMA EDUCATIVO A NIVEL GRUPAL.**

#### **4.1. APORTACIONES DE TRABAJO SOCIAL**

De acuerdo a la característica común que el grupo ya tiene definida en relación al abuso sexual en uno de los miembros de la familia; así como, el objetivo de disminuir la culpa, orientar y sensibilizar a los padres para participar en el tratamiento de sus hijos, permiten la elaboración de un programa.

A partir de esos aspectos ya establecidos el Trabajador Social deberá conocer y documentarse sobre todo aquello que se refiera al abuso sexual infantil, en dinámica familiar y sobretodo en el manejo de grupo; siendo esto importante por que a partir de lo que se conozca sobre estos temas el objetivo tendrá mayor alcance y el contenido de las sesiones tenderá a proyectar una dinámica terapéutica y educativa.

"Se tienen varios modelos para el trabajo de grupo:

- Trabajo social de grupos.
- Trabajo con grupos terapéuticos o terapia de grupo.
- Trabajo comunitario.
- Grupos de autoayuda o de apoyo.

Estos modelos probablemente se distinguen por su concentración en un sector especial de personas con necesidades de ayuda; con frecuencia el trabajo de grupo social se ofrece a personas que necesitan desarrollar sus habilidades y experiencias sociales; terapia de

personas que necesitan desarrollar sus habilidades y experiencias sociales; terapia de grupo para personas que padecen problemas emocionales o psiquiátricos y han identificado su necesidad (o ésta les ha sido identificada) de tener que cambiar ciertos aspectos de su conducta o reacciones emocionales; el trabajo comunitario generalmente se concentra en personas que identifican la raíz de su problema en función de carencias ambientales o injusticia social, por lo que este modelo se pone en práctica para ayudar a tales personas a aclarar los problemas y a trabajar juntas para lograr cambios sociales; el modelo del grupo de autoayuda o de apoyo constituye quizás el de mayor alcance en términos de quienes podrían beneficiarse, en este las personas que lo integran comparten necesidades o problemas y se benefician al reunirse para abordar esos problemas".<sup>22</sup>

De entre estos distintos modelos y de acuerdo a la problemática a abordar (abuso sexual) el trabajador social considerará en cual de ellos es posible trabajar tomando en cuenta los recursos económicos de la institución y la disponibilidad del jefe del área a la que pertenece para así poder dar inicio a la formulación del programa.

El trabajador social debe mantener presentes las ventajas de la formación y conducción del grupo en la aplicación terapéutica del menor; esto es, una vez identificado cual va a ser el modelo de intervención grupal, es importante considerar cual es la relación entre la formación del grupo de padres con la atención terapéutica del principal objeto de estudio (niños y adolescentes víctimas de abuso sexual), para así poder ejecutar acciones en el grupo que establezcan alcances positivos en ambos ejes: padre-hijo. Se puede manejar una intervención ya sea buscando la superación del problema, abordando al problema, o manejando una prevención hacia éste.

a) En el trabajo social de grupo, los miembros que lo integren no necesariamente pueden ser conocedores de la problemática que encierra el abuso sexual y quizá no sea siquiera un tema de mucha importancia, cuando en él se busca despertar habilidades (el estar

---

<sup>22</sup> Nicolson Paula: Rowan Bayne, "Psicología para trabajadoras sociales", Pax, México 1988 Pág. 81.

se puede manejar dentro de la conformación de los temas alguna técnica que permita demostrarles que como padres cuentan con la capacidad para iniciar con los miembros de su familia una educación sexual, haciendo de su conocimiento la existencia del abuso sexual infantil, llevándose así a cabo la prevención, si no es que también una detección de casos.

b) El grupo terapéutico: el formar un grupo de este tipo ya tiene una etiquetación implícita, existe una alteración emocional, por lo tanto en este la intervención se puede manejar ya sea para lograr en sus integrantes una superación de lo antes experimentado o abordarlo cuando se está dando el problema. En ambos casos el trabajador social puede formar el grupo y manejarlo él mismo, o trabajar junto con el médico psiquiatra.

En el P.A.I.N.A.V.A.S. asisten madres de menores que han sido víctimas de abuso sexual, una vez identificadas puede abrirse un grupo con este tipo de personas y realizar acciones con sentido terapéutico a superar el evento, y hacer que a partir de su experiencia aprendan a generar en ellos mismos cambios conductuales los cuales sirvan de apoyo a sus hijos y así lograr al igual que ellas un enfrentamiento positivo al evento ocurrido. También el médico tratante de los pacientes tienen la opción de formar un grupo con los menores; donde trabajo social al igual que psicología pueden intervenir desde su propia área. El trabajador social puede trabajar con el grupo terapéutico con un enfoque distinto al de los otros profesionistas, ya sea conociendo una descripción del ambiente familiar directamente de la expresión verbal de los pacientes e ir ablandando sentimientos de rencor y rebeldía a partir de un reforzamiento de lazos afectivos en las relaciones interfamiliares que generen autoestima y autoprotección.

c) Trabajo comunitario: El formar un grupo a partir de este modelo implica manejar una prevención hacia el problema y detectar casos.

En este la intervención partirá en un principio por describir un plan de trabajo iniciando por realizar una investigación sobre las características que debe tener la comunidad en la cual

se pretende aplicar el programa de prevención con la finalidad de tener el alcance esperado y una respuesta positiva de la comunidad en la formación del grupo. En el trabajo con este tipo de grupos se debe tomar en cuenta que las acciones son ejercidas fuera de la institución y por lo tanto para su realización es indispensable contar con la aprobación tanto del equipo interdisciplinario como de la institución para así tener el apoyo necesario en los recursos financieros, materiales y físicos que se requieran.

d) Grupo de autoayuda o de apoyo: este modelo de intervención es el más aplicable tomándose en cuenta la finalidad del P.A.I.N.A.V.A.S. en cuanto a la atención que este proporciona a los niños y adolescentes victimizados y a las expectativas expresadas por los padres de los menores en relación a la forma en que ellos pueden actuar con sus menores. El permitir el ingreso como egreso voluntario de los integrantes es un punto a favor cuando entre ellos mismos deciden ayudarse mutuamente y principalmente donde se maneja una problemática no muy fácil de aceptar y mencionar.

El grupo a formar puede ser tanto de padres de los menores victimizados como un grupo de los mismos pacientes.

A partir de la participación grupal es posible detectarse la personalidad de los padres, la forma en que se ha conducido la educación de los hijos y de ellos mismos; el impacto que les generó el evento ocurrido; la detección del tipo y grado de apoyo que se puede proporcionar a los hijos y en especial al paciente; también si alguno de los padres necesita terapia individual o familiar, siendo en estos casos lo más conveniente sugerirles la asistencia con un especialista en psicoterapia de adultos o de pareja cuando se ha detectado la necesidad de una atención más profunda e individual; ya que el interés del programa en cuanto al grupo consiste en que se les oriente y concientice sobre lo importante de su apoyo en el tratamiento de sus hijos y la disminución del sentimiento de culpa.

Para el manejo de este tipo de grupos debe llevar una línea en cuanto a los temas y técnicas para que le permitan obtener por medio de la observación, las conductas presentadas por los padres en el grupo, cambios ante la situación vivida, donde quizá deba implementar sus conocimientos en cuanto a la psicología social y relaciones humanas; ya sea retomando técnicas vivenciales como sociodrama o de interacción entre los miembros del grupo; procurando llevar a cabo una sensibilización y motivación grupal que origine entre los integrantes la autogestión y apoyo mutuo, permitiendo la exteriorización de su experiencia (motivo por el cual asisten al P.A.I.N.A.V.A.S., y al grupo).

Y en forma complementaria debe mantener presente cambios de paradigmas grupales; el trabajarlos en cualquier grupo es una forma de poder establecer en forma personal como nos estamos moviendo en el grupo, y no tratar únicamente de evaluar a los integrantes del grupo sino aprender a evaluarlos nosotros como coordinador. Entre ellos:

PARADIGMAS VIEJOS	PARADIGMAS NUEVOS
- Trabajo para el grupo.	- Trabajo con el grupo.
- Actitud paternalista.	- Actitud autogestiva.
- Yo tomo decisiones del grupo.	- Yo formo parte del grupo.
- El grupo es un conjunto de personas.	- El grupo lo forman las características de sus miembros.
- La información es la base del conocimiento.	- La retroalimentación de las vivencias grupales y la información construyen el conocimiento.
- A mayor cantidad de miembros en un grupo, mejor trabajo.	- A menor cantidad de miembros en un grupo, mayor calidad del mismo.

El formular en la intervención grupal paradigmas nuevos de acuerdo a la experiencia obtenida en la conducción del grupo nos permite establecer en la formación de otro grupo, así como en la elaboración de un programa de intervención una ejecución de acciones cada vez más depuradas, un manejo, conducción y cierre de grupo satisfactorio tanto para el conductor como para los integrantes del mismo.

#### **LINEAMIENTOS:**

- Conocer que es el abuso sexual y cómo se manifiesta.
- Conocer sobre la sexualidad infantil.
- Tener conocimiento de los trastornos de personalidad; así como, de los trastornos psicosexuales.
- Saber sobre el manejo y conducción de grupos.
- Conocer en su fase inicial la finalidad de la formación del grupo para formular objetivos específicos y criterios de trabajo.
- Tomar en cuenta que la integración al grupo es voluntaria y el número de miembros puede ser variable.
- Seleccionar material relacionado con "El abuso sexual" y "Educación sexual", empleando técnicas de motivación y sensibilización, encaminadas al tema y a la reflexión.
- Implementar técnicas de control grupal.

- Programar sesiones que permitan la observación de la interrelación del paciente con sus padres.
- Tener interés hacia los padres y al paciente.
- Mantener un amplio criterio de respeto.
- Poseer una actitud exenta de juicios de valor.

#### **4.2. RELACIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO CON LOS LINEAMIENTOS.**

Entre el trabajador social y los demás miembros del equipo debe existir una correlación en sus funciones; en las reuniones interdisciplinarias es importante manejar una coordinación en donde sea posible hacerse mención de los evencas en el tratamiento de los menores y del apoyo que los padres han proporcionado a sus hijos; así como de aquellos que no lo hacen.

Así el mantenerse una evaluación de los miembros del grupo por parte de trabajo social y la información del médico tratante sobre su percepción de las relaciones entre el paciente y sus padres, permiten que el trabajador social aplique otras técnicas y maneje en el grupo determinados conceptos, o en la conducción de este tenga mayor énfasis sobre los temas que permitan una reflexión en los padres; manteniéndose de esta manera líneas paralelas entre la orientación de los padres para apoyar a sus hijos y el tratamiento llevado a cabo en los pacientes

Además esa información en el equipo es útil para cada uno de ellos ya que se ha observado en algunos casos que la madre o padre asistente al grupo tiene una buena

participación en él, pero en relación al apoyo, este es inadecuado y la relación de estos con el paciente no permiten la superación del evento y limitan su desarrollo emocional; así, al ser detectados este tipo de casos el equipo puede proponer otros métodos para lograr la concientización y participación de los padres (atención individual).

Esto indica como el equipo interviene directamente en los lineamientos, principalmente en los tres últimos, los cuales se deben de mantener presentes tanto en la población como en el mismo equipo interdisciplinario.

El abuso sexual es un problema difícil de manejar sobre todo por tratarse de actos en los cuales se encuentran involucrados sentimientos de culpa; por lo que es importante emprender una campaña de prevención a nivel familiar, escolar y social; a través de programas educativos o de orientación a padres, profesores y a toda persona que tenga algún contacto con menores y adolescentes, con la finalidad de ir rompiendo con una serie de tabúes y mitos sociales que aún impiden a los individuos y familiares de nuestra sociedad la expresión de inconformidad sobre el daño a la integridad física y emocional que están sufriendo.

## CONCLUSIONES

La funcionalidad del programa P.A.I.N.A.V.A.S. desde su creación tiene una gran demanda y ha logrado una aceptación positiva en la institución, la atención que proporciona a los menores es reconocida por otras dependencias gubernamentales, quienes también manejan una problemática similar al abuso sexual (violencia intrafamiliar, violación). Entre ellas han tratado de unir esfuerzos, pero tal parece que aquello solo queda en un simple requisito planteado en programas sociales y sus reuniones interinstitucionales parecieran ser una serie de paliativos con un interés vago al mostrar alternativas de solución que no llegan a ser ejecutadas; cuando es verdaderamente necesaria una relación entre ellas para ser planteadas todas las acciones jurídicas, médicas y sociales que intervienen en la atención de las víctimas con la finalidad de proporcionar una orientación adecuada y apoyo oportuno. Donde el trabajador social puede realizar acciones encaminadas a la difusión y promoción en la atención al problema de la victimización sexual infantil, generándose así mismo programas de prevención.

En la participación de equipo podemos decir que entre los profesionistas del servicio PAINAVAS no existe un verdadero interés por cumplir esa funcionalidad interdisciplinaria al mezclar ciertos aspectos personales con sus actividades de trabajo, dejándose llevar quizá por ideas o pensamientos mal infundados; actitudes que en cualquier equipo de trabajo no permiten una integración directa y plena de alguna persona con interés en participar. Por lo que sería importante referir que una de las cualidades que nunca debe perder el trabajador social es la inducción y habilidad que este tiene para generar ambientes de autocontrol y cooperación colectiva.

El trabajador social cuenta con una formación profesional adecuada para poder intervenir en el campo de la salud mental (tiene conocimientos de Salud Mental,

Psicología Social, Relaciones Humanas, Formación y Conducción Grupal); por lo que es importante referir la necesidad de ser reivindicada la participación directa de este profesional en la atención terapéutica del paciente, no restando ni atribuyéndose actividades únicas del médico tratante o psicólogo, sino procurando establecer una verdadera coordinación de equipo interdisciplinario donde el resultado sea un enriquecimiento mutuo entre los profesionales, así como el logro de la readaptación de los pacientes y su familia.

La formación de un grupo de padres con este tipo de problema(abuso sexual) en el programa ha sido importante; de acuerdo a la información obtenida a partir de la ejecución del programa de intervención del servicio social, se observó que la familia es una parte muy elemental para poder comprender por qué se da el abuso sexual, conociéndose principalmente las relaciones entre madre-hija (o); y padre-hija (o), obteniendo como factor principal para poder dar apoyo a la víctima la incorporación de una comunicación abierta y clara en las relaciones familiares, que generen confianza entre sus integrantes lográndose una expresión libre de inquietudes.

También con el grupo se ha logrado establecer una ruptura a ciertos mitos establecidos referentes al abuso sexual, considerándose a éste como un problema social que puede afectar a cualquier persona y la agresión puede ser ejercida por un sujeto de cualquier sexo, ya sea un adulto, un joven o anciano; conocido por la familia, que forme parte de la familia e incluso una persona que sea reconocida socialmente como una persona recta e intachable.

## GLOSARIO

- 1) **Acosar:** Perseguir sin darle tregua (a un animal o a una persona); Perseguir, importunar (a uno).
- 2) **Autismo:** (Pensamiento autista) (autistic. Thinking)). Forma de pensamiento caracterizada por introversión y egocentrismo extremo, en la cual los hechos objetivos se oscurecen, se distorsionan o se excluyen en grados variables. El síntoma puede aparecer en adultos o en niños.
- 3) **Autismo infantil precoz:** (early infantile autism). Síndrome considerado como un problema primario que principia en la infancia, caracterizado por absorción en sí mismo, inaccesibilidad y falla para desarrollar ligas con la figura materna. Hay una preocupación con los objetos inanimados, un deseo por el no cambio en el ambiente que le rodea y un trastorno general de su funcionamiento.
- 4) **Autoestimación:** Las experiencias vividas durante la primera infancia, en el seno de la familia y en otros medios después, son fundamentales para la adquisición de una justa autoestimación. El niño es un ser frágil inmerso en un mundo que, sin pretenderlo, acumula ante su persona los enigmas y las dificultades. Las experiencias desafortunadas le convierten en inferior y le llevan a dudar de sí mismo. Las positivas refuerzan en él la autoestimación. De ahí la necesidad de que el pequeño se sienta sostenido y alentado cuando debe salvar nuevos obstáculos. La falta de autoestima y la autodesvalorización son síntomas del estado depresivo.
- 5) **Autogestión:** Práctica que la moderna pedagogía intenta implantar, según la cual debe promover la participación, y hasta la autodeterminación (libre decisión del individuo con el fin de educar la iniciativa, la libertad y el sentido de la responsabilidad).

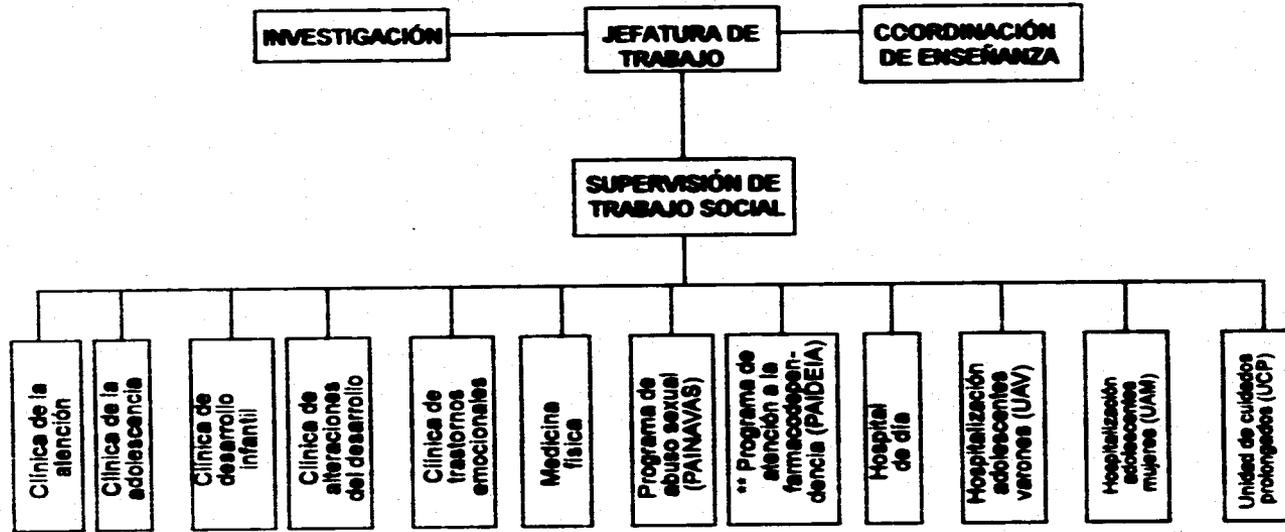
- 6) Careo: Acción y efecto de carear o carearse. - Carear: confrontar (unas personas) con otras, con objeto de apurar la verdad. // Grate., ponerse cara a cara dos o más personas para resolver un asunto desagradable.
- 7) Coito: intercambio o copulación sexual. (Ingl. collion, coitua, coit.)
- 8) Consanguinidad: parentesco de sangre, o grado de parentesco por herencia.
- 9) Consciente: Aquella parte de la mente o del funcionamiento mental en que el contenido está sujeto a la percepción consciente, o es conocido por la persona. En neurología, despierto, alerta. (contrasta con inconsciente).
- 10) Crisis: 1. Combinación imprevista o nueva de estímulos. 2. Virajes en el curso de los acontecimientos, seguido por un progreso o un atraso notable. 3. Aparición o reaparición súbita de un trastorno, por ej. un ataque convulsivo en la epilepsia. [Aplicado a muchas situaciones, por ej. la crisis en ciertas enfermedades; en los asuntos económicos, en una guerra; etc.]
- 11) Enuresis: Incontinencia de orina. - Enuresis nocturna: descarga involuntaria de orina durante el sueño.
- 12) Higiene Mental: Medidas empleadas para reducir la incidencia de trastornos concomitantes a través de la prevención y tratamiento oportuno, y para promover la salud mental.
- 13) Hiperkinesia: Estado que se caracteriza por reacciones excesivamente vigorosas o inquietud motora.

- 14) **Hostigar:** Acto de perseguir, molestar.
- 15) **Incesto:** Intercambio sexual entre dos individuos estrechamente emparentados y del sexo opuesto. [Hoy generalmente restringido a progenitor e hijo, abuelo y nieto, hermana y hermano, y en (muchos pueblos) al intercambio entre tíos y sobrinos].
- 16) **Inhibición:** En psiquiatría, defensa inconsciente contra impulsos instintivos prohibidos, puede interferir o restringir actividades específicas o patrones generales de conducta.
- 17) **Letargo:**(del griego léthé, olvido; y argos, lánguido). Med. Estado que consiste en la supresión de las funciones de la vida y del uso de los sentidos. (Sinónimo. Adormecimiento).// Estado de sopor de algunos animales durante ciertas épocas.
- 18) **Masturbación:** Manipulación genital con el propósito de provocar la estimulación sexual. Actividad normal desde la infancia hasta la edad adulta.
- 19) **Psicosis:** Trastorno mental mayor de origen orgánico o emocional en el cual la capacidad individual para pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y conducirse de manera adecuada, está determinada suficientemente hasta el grado de una seria interferencia con la habilidad para enfrentar las demandas ordinarias de la vida. A menudo se caracteriza por conducta regresiva, humor inapropiado, disminución del control de impulsos y contenido mental anormal, tal como delirios y alucinaciones. El término es aplicable a condiciones con amplio margen de severidad y duración.
- 20) **Patología:** 1. Rama de la biología y de la medicina que estudia las enfermedades, los trastornos y los estados anormales del organismo. 2. Las enfermedades y trastornos a diferencia de los estados normales del individuo.

- 21) Tabú:** 1. Prohibición convencional impuesta por tradición o costumbre a ciertos actos, maneras de vestir, temas o palabras en la conversación, cuya infracción es materia, no de persecución legal, sino de reprobación y persecución social.  
2. (Psicoanálisis) prohibición reforzada desde fuera, respecto a acciones muy deseadas. Sinónimo: magia negativa. Así como el objeto del tabú varía enormemente según la fase de cultura, la comunidad y el área, las actitudes sociales respecto a la infracción son también muy distintas.
- 22) Valores:** Subsistencia y firmeza de algún acto. // Convivencia o acuerdo consabido entre dos o más personas.

# **A N E X O S**

## ORGANIGRAMA DE TRABAJO SOCIAL



\* Asisten dos trabajadoras sociales (rotación).

\*\* Existen dos trabajadoras sociales.

- Dos trabajadoras sociales cubren turno vespertino.

- Una trabajadora social cubre turno especial (domingos, días festivos).

- Total de trabajadoras sociales 20 (1994).

## RELACIÓN DE LA SISTEMATIZACIÓN CON LA PRESENTACIÓN DEL INFORME

MODELO DE MERCEDES GAGNETEN	ESQUEMA DEL INFORME
<p><b>SISTEMATIZACIÓN</b></p> <p><b>1. RECONSTRUCCIÓN DE LA PRACTICA</b>                      Representación espacio - temporal de la misma a través del relato descriptivo realizado en forma desestructurada, en base a consignas determinadas que encierran la tarea.                      . Descripción del programa de servicio social en la intervención del programa PARAVAS; y resultados.                      . Diario de campo.                      . Registro de tareas.</p>	<p><b>CAPITULO I. DESCRIPCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descripción del programa PARAVAS, antecedentes objetivos y funciones.</li> <li>- Intervención de trabajo social.</li> <li>- Nivel de intervención con el equipo interdisciplinario.</li> <li>- Presentación del programa de intervención en el Servicio Social.</li> </ul>
<p><b>2. ANÁLISIS</b>                      Distinguir y separar las partes de un todo hasta llegar a conocer principios y elementos fundamentales. Es el estudio de los elementos constituyentes de los fenómenos y procesos; así como, el estudio de sus conexiones externas e internas.                      . Crónicas grupales                      . Entrevistas con los padres de los menores</p> <p><b>3. INTERPRETACIÓN</b>                      Es un esfuerzo de síntesis, de composición de un todo por la reunión de sus partes, es delimitar causas mediatas e inmediatas a partir de una confrontación entre lo realizado en una realidad determinada y la teoría seleccionada o a construir.                      . Marco de referencia</p>	<p><b>CAPITULO II. ANÁLISIS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambios que se generan en la dinámica familiar a causa del abuso sexual.</li> <li>- Alteraciones conductuales que presentan los menores victimizados.</li> <li>- Conductas presentadas por los padres al conocer el abuso sexual en sus hijos</li> <li>- Aspectos sociales de las familias de los menores víctimas de abuso sexual.</li> <li>- Importancia del tratamiento social hacia el menor y su familia.</li> </ul>

<p><b>4. CONCEPTUALIZACIÓN</b> Es unir las más diversas interpretaciones surgidas de la práctica, en un todo coherente, es la reconstrucción teórica de los diferentes elementos percibidos, tematizados e interpretados. Superación dialéctica de las apariencias que componen la práctica y la realidad social específica donde se está inserto.</p> <p><b>5. GENERALIZACIÓN</b> Es extraer lo universal de lo particular en diferentes espacios; en un tiempo posible de confrontarse. Lograr explicar determinadas esencias surgidas de la realidad que permitan prever acciones necesarias.</p>	<p><b>CAPÍTULO III. CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Confrontación de los aspectos analizados que presentan las familias con la realidad.</li> <li>- Trascendencia de la intervención de trabajo social con el equipo interdisciplinario.</li> <li>- Niveles de intervención (grupo y caso).</li> <li>- Contradicciones detectadas en el proceso del servicio social</li> </ul>
<p><b>6. PROPUESTAS</b> Implica soluciones, alternativas que son puestas en marcha en la práctica que se desarrolla.</p> <p>Aporta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. El máximo aprovechamiento de recursos internos y externos.</li> <li>. Profundización de la acción.</li> <li>. La reformulación de objetivos.</li> <li>. La eficiencia y eficacia en la selección de métodos, técnicas e instrumentos que se utilizan en la acción directa.</li> </ul>	<p><b>CAPÍTULO IV. PROPUESTAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Líneas generales para instrumentar un programa educativo.</li> <li>- Aportaciones de Trabajo Social</li> <li>- Relación del equipo interdisciplinario con los lineamientos.</li> </ul>
<p><b>7. CONCLUSIONES</b> Establecer una relación objetiva de la práctica de una realidad con la sociedad global, de la cual surjan o se fundamenten acciones deseables hacia el futuro a partir del curso probable de acontecimientos, basados todo ello en las anteriores fases.</p>	<p><b>CONCLUSIONES.</b></p>

\*\* Los capítulos que comprende el esquema son las características generales del informe y cada uno tiene un título específico en cuanto al contenido, el cual se presenta en el índice general del trabajo.

### SERVICIOS DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL

SERVICIOS	TIPO DE TRASTORNOS
CLÍNICA DE LA ATENCIÓN	Trastornos por déficit de atención e hiperquinesia, trastornos de conducta y trastornos de aprendizaje.
CLÍNICA DE ADOLESCENTES	Reacciones de adaptación a la adolescencia, trastornos emocionales, de conducta, de personalidad e identidad sexual, así como trastornos residuales y aquellos que ameriten apoyo psicopedagógico.
CLÍNICA DE DESARROLLO INFANTIL	Trastornos mudos del desarrollo, de lenguaje, de conducta.
CLÍNICA DE ALTERACIONES DEL DESARROLLO	Retraso mental en sus diferentes grados, daño cerebral, epilepsias diversas, diversos síntomas de trastornos de conducta, psicosis en sus diferentes grados.
CLÍNICA DE TRASTORNOS EMOCIONALES	Trastornos adaptativos, distimias, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos menores (fobias, ataques de pánico, etc.), trastornos depresivos mayores (intento de suicidio).
MEDICINA FÍSICA	Alteraciones en el desarrollo psicomotor.
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A NIÑOS Y ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES (PAIDEIA)	Atención a menores y adolescentes con problemas de farmacodependencia y drogadicción.
HOSPITAL DE DÍA	Trastornos de aprendizaje (lecto-escritura y cálculo), trastornos de lenguaje, así como trastornos generalizados (autismo y psicosis en sus diferentes dimensiones).
HOSPITALIZACIÓN	Proporcionar atención a pacientes con padecimientos psiquiátricos o de salud mental que presentan un cuadro agudo que requiere de hospitalización y su atención se proporciona de acuerdo a su sexo y padecimiento en diferentes unidades.
UNIDAD DE ADOLESCENTES VARONES. (UAV) UNIDAD DE ADOLESCENTES MUJERES. (UAM)	En ambas unidades se atienden el mismo tipo de trastornos; trastornos de conducta severos, psicosis en sus diferentes manifestaciones.
UNIDAD DE CUIDADOS PROLONGADOS. (UCP)	Retraso mental en sus diferentes grados en estado crónico.
* PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A NIÑOS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL (PAINAVAS).	Atención a menores víctimas de abuso sexual, con alteraciones conductuales provocadas por las agresiones recibidas.

\* Este programa es el tema central de este trabajo, en el contenido se contempla mayor información.

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL  
"JUAN N. NAVARRO".**

**ESTUDIO DE TRABAJO SOCIAL PSIQUIÁTRICO  
PRIMER NIVEL**

No. REGISTRO \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

CLAVE \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA**

**NOTA: REGISTRAR A LOS FAMILIARES O PERSONAS QUE VIVEN CON EL PACIENTE.**

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	EGRESO AL HOGAR MENSUAL

TIPO DE VIVIENDA  
 PLANEADA \_\_\_\_\_  
 SEMI-PLANEADA \_\_\_\_\_  
 IMPROVISADA \_\_\_\_\_

LOCALIZACIÓN DEL DOMICILIO  
 URBANO \_\_\_\_\_  
 SEMI-URBANO \_\_\_\_\_  
 RURAL \_\_\_\_\_

EGRESOS MENSUALES  
 ALIMENTACIÓN \_\_\_\_\_  
 RENTA O PREDIO \_\_\_\_\_  
 AGUA \_\_\_\_\_  
 LUZ \_\_\_\_\_  
 COMBUSTIBLE \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO \_\_\_\_\_  
 PASAJES \_\_\_\_\_  
 OTROS \_\_\_\_\_

TOTAL \$ \_\_\_\_\_  
 INGRESOS AL HOGAR

SALDO \$ \_\_\_\_\_

TOTAL \$ \_\_\_\_\_

**FAMILIOGRAMA.-** Registrar familia nuclear, incluyendo otros familiares si es necesario, siempre y cuando vivan con la familia, agregando líneas de relación (+ y -), así como pacientes identificados.

**DINÁMICA FAMILIAR.-** Relaciones de padre, padres con los hijos, paciente con padres y hermanos, comunicación, roles, normas, manejo de autoridad y valores.

**MENCIONE:** Relación del entrevistado con el paciente según lo observado en la entrevista.

**OBSERVACIONES:** Como vive la familia, el problema y problemas sentidos, según el entrevistado, recursos de la institución, Trabajo Social y la familia.

**IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:**

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL  
"DR. JUAN N. NAVARRO"

**REPORTE DE LA ENTREVISTA**

FECHA: \_\_\_\_\_

No. DE ENTREVISTA \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE:**

NOMBRE \_\_\_\_\_

SEXO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

RESPONSABLE DE LA PACIENTE \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ENTREVISTADO:**

NOMBRE \_\_\_\_\_

PARENTESCO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

**OBJETIVO DE LA ENTREVISTA:**

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL  
"DR. JUAN N. NAVARRO"**

**GRUPO DE ORIENTACIÓN DE PADRES DE FAMILIA QUE ACUDEN AL  
PROGRAMA DE ABUSO SEXUAL**

No. DE CRONICA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
HORA DE INICIO \_\_\_\_\_ HORA TERMINO \_\_\_\_\_  
No. DE ASISTENTES \_\_\_\_\_  
LUGAR \_\_\_\_\_  
COORDINADOR \_\_\_\_\_  
RESPONSABLE DE LA CRONICA \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**

**CARTA DESCRIPTIVA**

TEMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

COORDINADOR \_\_\_\_\_

OBJETIVO GENERAL: \_\_\_\_\_

OBSERVADOR \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO	TIEMPO	TÉCNICA	INSTRUMENTOS	BIBLIOGRAFÍA	EVALUACIÓN

**FICHA DE INDIVIDUALIZACIÓN DE LOS MIEMBROS**

**GRUPO DE ORIENTACIÓN A PADRES DE FAMILIA**

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

SERVICIO AL QUE ASISTE \_\_\_\_\_

NUMERO DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_

RESPONSABLE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

PARENTESCO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_

NOTAS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN**

**GRUPO DE ORIENTACIÓN A PADRES**

**(PAINAVAS)**

**1.- COMO SE SINTIÓ EN EL GRUPO**

\_\_\_\_\_

**2.- COMO SE SINTIÓ CON SUS COMPAÑERAS (OS)**

\_\_\_\_\_

**3.- OBSERVO ALGÚN CAMBIO EN SU CASA A PARTIR DE QUE ASISTIÓ AL GRUPO POSITIVO Y NEGATIVO**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**CUAL (ES)**

\_\_\_\_\_

**4.- CONSIDERA QUE AL ASISTIR AL GRUPO LE FUE DE ALGUNA UTILIDAD**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**PORQUE**

\_\_\_\_\_

**6.- QUE OPINIÓN TIENE DE LAS COORDINADORAS**

**T.S.GUADALUPE**

\_\_\_\_\_

**T.S.MA.EUGENIA**

\_\_\_\_\_

**6.- QUE CAMBIOS SE PODRÍAN REALIZAR EN CUANTO A LAS COORDINADORAS**

**T.S.GUADALUPE**

\_\_\_\_\_

**T.S.MA.EUGENIA**

\_\_\_\_\_

**7.- QUE OPINIÓN PODRÍA APORTAR PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS TEMAS, PELÍCULAS Y TÉCNICAS EMPLEADAS.**

\_\_\_\_\_

**8.- QUE TEMAS CONSIDERA QUE NO SE DESARROLLARON EN LAS SESIONES GRUPALES SUGERENCIAS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOMBRE:**

\_\_\_\_\_

## BIBLIOGRAFÍA:

### LIBROS

Brenner Avio, Los Traumas Infantiles. Como Ayudar a Vencerlos. Editorial Planeta, 1988.

Bustillos Núñez Graciela, Técnicas Participativas para la Educación Popular. Editorial IMDEC: 2a. edición, México D.F. 1990.

Cazorla Gloria, et al., Atto a la Agressión Sexual: Consecuencias Conductuales en el Niño. Editorial Diana, 2a. edición, México D.F. 1994.

Dailayrac, Nicole; Los Juegos Sexuales de los Niños, traducción Mario Rolla, Editorial Gedisa; 3a. edición, Barcelona España 1992.

Estrada Inés Leuro; El Ciclo Vital de la Familia. la Ayuda Terapéutica a la Familia a través del Análisis de su Nacimiento, Crecimiento, Reproducción y Muerte. Editorial Posada, 4a. edición, México D.F. 1980.

Finkelhor David, Abuso Sexual al Menor: Causas, Consecuencias y Tratamiento Polosexual. Editorial Pax, 3a. reimposición, México D.F. 1992.

Gagneten Ma. Mercedes, Hacia una Metodología de Sistematización de la Práctica. Editorial Humanitas., Buenos Aires, Argentina 1987.

Haiman Franklin S., La Dirección de Grupos: Teoría Práctica. Editorial Limusa, 2a. reimposición, México D.F. 1980.

Dulanto Gutiérrez E., La Familia: Brevarios de Pediatría, Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México. 1975.

Kedushin Alfred., La Entrevista en el Trabajo Social, Editorial Colección Extemporáneos, México 1981 3a. Edición.

Kisnerman Natalio., Servicio Social de Grupo, Editorial Humanitas, Buenos Aires Argentina 1990.

Lenett, Cuántame tus Secretos, Editorial Grijalbo, México 1990.

Maher Peter; traducción Zulia M. Fuentes, Los Noventa: El Abuso contra los Niños, la Perspectiva de los Educadores, Editorial Grijalbo, México D.F. 1990.

Meeve Partida Etna Ma., La Metodología de la Supervisión y Asesoría Profesional en Trabajo Social, Edición UNAM, ENTS., México D.F. 1992.

Munro Allclair, et al., Psiquiatría para Trabajadoras Sociales, Editorial CECSA, 7a. impresión, México D.F. 1987.

Neill A. S., Padres Problema y los Problemas de los Padres, Editorial Mexicanos Unidos S. A., 3a. edición, México D.F. 1978.

Nicolson Paula, Rowan Bayne, Psicología para Trabajadoras Sociales, Editorial Pax México 1988.

S.C. Koss. Las Raíces del Trabajo Social, Editorial Paidós., Argentina, Buenos Aires, 1969.

Reich Annie., Si tu Hijo te Presunta, Editorial ANAGRAMA, 1990.

Satir Virginia., Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar, Editorial Pax-México 1991.

#### **TESIS**

Antonio Cequera Claudia, El Trabajo Social y la Orientación Grupal a Padres de Niñas Víctimas de Abuso Sexual que Acuden al Hospital Psiquiátrico Infantil en el Periodo 88-92, UNAM, ENTS, 1992.

Granados Crispín, El Desempeño Profesional del Trabajador Social Psiquiátrico en Instituciones Públicas de Salud Mental Infantil, UNAM, ENTS, 1990.

#### **VARIOS**

Aguilar José Ángel; Sexualidad, lo que Todo Adolescente Debe Saber, producción SITESA., MEXFAM., 1989. (folleto).

Bestin Georges, Diccionario de Psicología Sexual, Editorial HERDER., 2a. edición, Barcelona 1979.

Frazier Shervett H., Diccionario de Psiquiatría, Consejo Interamericano de Asociaciones Psiquiátricas., Editorial Trillas., 1a. reimpresión Octubre 1966.

García Rivas Socorro., Orientaciones para Desarrollar la Autoestima del Niño, Secretaría de Salud, Desarrollo Infantil., México D.F. 1994. (folleto).

Poder Ejecutivo Federal., Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, México D.F. Mayo 1989.

Lexis 22. Diccionario Enciclopédico VOX, Edición Círculo de Lectores S. A. Barcelona.

Procuraduría General de Justicia del D.F. ; Programa de Servicios Legales y Salud en el D.F. en Favor de las Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales, Secretaría de Salud , México D.F. 1992. (Programa).

Secretaría de Salubridad y Asistencia., Salud Hospital Psiquiátrico Infantil, México D.F. 1975. (revista).

Wolman Benjamín, Diccionario de Ciencia de la Conducta, Editorial Trillas, México D.F, Enero 1987.