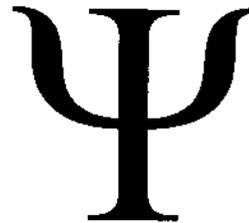




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**“ABUSO SEXUAL INFANTIL,
UNA DOCUMENTACIÓN PARA SU TRATAMIENTO”**

CLAUDIA PÉREZ VÁZQUEZ

DIRECTOR DE TESIS: LIC JORGE ALVAREZ MARTÍNEZ

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Se que este trabajo no habría llegado a su conclusión si no hubiera sido principalmente por ti mamá, por todo tu apoyo y comprensión, por haberme animado cuando todo parecía tan difícil, por que finalmente pude lograr esta meta gracias a todo el entusiasmo que infundiste en mí. Gracias por tu paciencia y principalmente ¡gracias por tu amor!

A mis hermanos y sobrinas por todo el cariño brindado en los momentos oportunos.

A Jorge Álvarez mi director por confiar en mi brindándome todo su apoyo y guía para a efectuar este trabajo.

A mis revisores Lic. Yolanda Bernal, Mtro. Jorge Pérez, Lic. Maritza Martínez y Mtra. Georgina Martínez quienes tuvieron la atención de estudiar mi trabajo y hacerme sus valiosas observaciones, las cuales fueron brindadas en forma adecuada, rápida y oportuna.

A mis amigos, Horemeh, Bety, Lulú e Ismene quienes fueron apoyo constante para poder seguir adelante con la confianza de que estaban a mi lado para llorar o reír por mis logros y frustraciones.

A Robert por apoyarme con las traducciones complicadas y por ayudarme a encontrar investigación necesaria para este trabajo y más especialmente por brindarme todo tu cariño y comprensión constantes.

INDICE

AGRADECIMIENTOS	2
PRESENTACIÓN DEL TRABAJO	5
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I.- Abuso Sexual Infantil	11
1.1 Antecedentes Históricos	12
1.2 Principales características del Abuso Sexual Infantil	15
1.3 Definición de Abuso Sexual Infantil	17
CAPITULO II.- Causas Predisponentes del Abuso sexual	18
2.1 Contexto Social	19
2.2 Perfil del ofensor	23
2.3 Perfil de la víctima	30
CAPITULO III.- Consecuencias Psicológicas Postraumáticas	33
3.1 Consecuencias a corto plazo	34
3.2 Consecuencias a largo plazo	39
CAPITULO IV.- Prevención	42
4.1 Educación preventiva dirigida a los niños	43
4.2 Educación preventiva dirigida a los padres y adultos	45

CAPITULO V .- Tratamiento del Abuso Sexual Infantil	48
5.1 Elaboración de un programa de tratamiento	49
CAPITULO VI .- El Proceso Terapéutico	55
6.1 Metas del Tratamiento	55
6.2 Herramientas para la terapia	58
CAPITULO VII .- Terapia Familiar	71
7.1 La Intervención inicial	75
7.2 El Marco de trabajo	80
7.3 Etapa intermedia de tratamiento	81
7.4 Finalización	81
CAPITULO VIII .-Terapia con niños y adolescentes	83
8.1 Terapia para niños	86
8.2 Herramientas para el trabajo con niños	88
8.3 Temas de terapia con adolescentes	92
CAPITULO IX .- Terapia con adultos	95
9.1 Terapia a Supervivientes	95
9.2 Terapia a Ofensores	98
CAPITULO X .- Conclusiones	105
REFERENCIAS	108

ABUSO SEXUAL INFANTIL, UNA DOCUMENTACIÓN PARA SU TRATAMIENTO

Existe una gran necesidad terapéutica de estar bien informado en cuanto a los factores que giran alrededor del Abuso Sexual Infantil ya que esto permite elaborar un plan terapéutico que provea efectivamente una recuperación. Salud mental necesaria para quienes han pasado por una historia de abuso.

Para poder ayudar a resolver los conflictos que genera el abuso, es necesario adquirir cierta información en la que vale la pena incluir investigaciones del tema, también es bueno tener presentes algunas palabras tranquilizadoras respecto a los temores de las víctimas, temores que limitan la vida de las personas que han vivido esta experiencia, por otro lado, es necesario ayudarles a afirmar los pasos que deberán tomar las víctimas para ser conducidos hacia la salud mental. Ellos necesitan saber que no están solos, que el abuso sucede a otras personas también y que la rehabilitación es posible.

Es necesario tener una base sólida de conocimiento capaz de proveer, a quien se dedicará a atender casos de abuso, la facilidad para hablar con las víctimas en la forma en que éstas necesitan ser intervenidas.

Es importante recalcar que la terapia del abuso sexual incluye un significativo componente educacional. Es por ello muy necesario, tener el conocimiento amplio de todo el

problema, de tal forma que el paciente también pueda comprender ampliamente su experiencia ya que se le proveerá una perspectiva diferente de lo que le sucedió.

El abuso sexual infantil ha sido un problema considerado de gran polémica tanto en nuestra sociedad como en otras sociedades debido a las consecuencias físicas y emocionales que este abuso provoca. La información de este tema, por su misma naturaleza, se toca de manera muy confidencial o bien con muy baja difusión, lo cual permite que constantemente las familias y los niños desconozcan esta problemática como tal y llegan a creer que lo que les sucede es algo anormal o demasiado vergonzoso como para hablarlo, esto por el temor de ser criticados a causa del mismo fenómeno o por creer que ellos lo propiciaron.

Aunque, por otro lado, el tema conlleva a una elevada carga emocional en la que están incluidos profesionales y público en general, ésto por la complejidad de incluir en la intervención, temas legales, servicios sociales, salud pública así como aspectos de salud mental. En particular es posible que el efecto en los clínicos que evitan trabajar con el abuso sexual son los factores de tipo emocional y personal, preocupaciones por las complicaciones legales y comunitarias, y el temor a que sea un problema sin solución.

El presente estudio busca exponer de manera amplia y clara en que consiste el abuso sexual infantil con el propósito de ampliar la información para describir cuáles son las causas y las consecuencias, qué se puede hacer para prevenir y en su caso cuáles son algunas alternativas para el tratamiento de la misma. Para ello se incluirá un estudio basado en investigaciones que han realizado otros profesionistas expertos en la materia, un ejemplo, entre otros, es el caso más

reciente de Grosz. Kempe y Kelly (2000) quienes durante 13 años trabajaron en el tratamiento de víctimas de abuso sexual infantil junto con las familias de las víctimas.

Por otro lado se considera necesario destacar que a pesar de que éste ha sido un problema que se ha estado atacando durante las últimas tres décadas, no ha sido fácil disminuirlo dadas las actitudes de la sociedad quien por problemas de personalidad trivializan o ignoran esta situación de abuso o bien por que manejan inadecuadamente la información proporcionada al respecto.

Desafortunadamente ya es posible observar los daños que ésto ha provocado y por ello es necesario resanar o curar las heridas que este fenómeno ha causado a sus víctimas. Con el fin de lograrlo, el presente estudio ofrece una descripción de las alternativas de tratamiento a quienes han pasado una etapa de abuso sexual infantil.

INTRODUCCIÓN

El Abuso Sexual Infantil es un problema que ha afectado a nuestra sociedad durante mucho tiempo en la historia del mundo y que ha sido estudiado apenas en décadas recientes.

A pesar de las diversas investigaciones que se han realizado al respecto se ha observado que día tras día aumentan los casos de abuso o bien se ha reportado más abiertamente los casos en donde ha existido abuso dada la apertura de temas relacionados con la sexualidad humana.

Asimismo, es fácil notar que el tema es tratado con demasiada precaución, que muchas veces la información no se muestra a la población en forma abierta y clara lo que ha permitido que constantemente se dirija la atención hacia otros temas relacionados como son la violación y el abuso físico los cuales también son un problema serio que de alguna manera están relacionados con éste, pero que sin embargo no alcanzan a explicar la magnitud del abuso sexual.

Algunas de las características del abuso sexual infantil que ayudan a diferenciarlo de los dos problemas, violación y maltrato físico, son por ejemplo, que en el abuso sexual los ofensores son conocidos: amigos o familiares, mientras que en la violación existe un porcentaje mayor que no reconoce al ofensor; el abuso sexual infantil es más frecuente y es una ofensa de múltiples ocasiones, en comparación con la violación que ocurre una sola vez, además de que en el abuso sexual, implica una fuerza física menor ya que se vale de la autoridad del mayor para persuadir a que se establezca el contacto sexual, en cambio en la violación se hace uso de amenazas con armas o de la fuerza física.

Por otro lado, entre el abuso sexual infantil y el abuso físico también hay ciertas diferencias, por ejemplo, el abuso sexual deja en el niño un trauma psicológico, mientras que el físico provoca dolor que puede dejar evidencia, incluso está considerado como un atentado contra la vida. ¹(Finkelhor 1980)

Dado que el abuso sexual sigue siendo un tabú, existen en torno a este fenómeno numerosas y falsas creencias que contribuyen a ocultar el problema y a tranquilizar a quienes no desean afrontarlo. Es por ello que todas estas creencias erróneas deben ser superadas a través de información fidedigna, para poder abordar de forma adecuada este tema. Asimismo es necesario que se cuente con las experiencias que expertos en la materia han encontrado para ayudar a resolver las consecuencias que ha generado el Abuso Sexual Infantil.

Al mismo tiempo, quienes buscan el conocimiento necesario de la problemática pueden ayudar mucho mejor a la personas con una historia de abuso, ya que le proporcionan la confianza de que el terapeuta sabe por lo que están pasando, además les proveen la oportunidad de comprender mejor lo que les sucede y les permiten desarrollar la capacidad de empatía para quienes se encuentren en la misma situación

A través de una minuciosa revisión de los tópicos relacionados con el tema del abuso sexual infantil, el presente trabajo busca ofrecer algunas de las más recientes alternativas que se han documentado y que existen en el tratamiento proporcionado a las víctimas de dicho abuso.

¹ Finkelhor, D. El Abuso Sexual al Menor, causas, consecuencias y tratamiento psicosocial 1980. Ed. Pax Mexico

Así mismo, se analizarán las diversas alternativas de intervención empleadas en instituciones especializadas.

También se describirá la problemática general del abuso sexual infantil, para elegir la técnica o técnicas de rehabilitación para este problema.

El objetivo será ofrecer, a partir de este estudio documental, las distintas formas de afrontar este conflicto. Dado que es preciso conocer ampliamente el problema, me permitiré describir algunos puntos que ya se han tocado y que abarcan en su mayoría la descripción general del problema desde las causas predisponentes hasta las consecuencias postraumáticas, con el propósito de facilitar el entendimiento de este fenómeno para una técnica adecuada de tratamiento.

Se presentarán algunas opciones de prevención que podrían emplearse como parte de la formación educativa de los niños, quienes pueden aprender a evitar la repetición o la simple exposición al abuso así como la reeducación que requieran los familiares.

Al final de este estudio se contará con algunas ideas que permitan ayudar en el tratamiento a víctimas de abuso sexual infantil, tanto en la infancia como en la vida adulta.

CAPITULO I

ABUSO SEXUAL INFANTIL

En los últimos años se ha observado una mayor incidencia de casos de abuso sexual, aunque este aumento se ha dado probablemente, por el hecho de que algunos han perdido el temor a hablarlo, y es debido al impacto de esas experiencias en la vida de las personas, que acuden por ayuda terapéutica.

Los casos que no son informados son mucho mayor, ya que muchos niños sienten miedo de mencionar a alguien sobre el abuso ocurrido; además por que el procedimiento legal para validar el episodio es difícil, lo cual limita a las víctimas para hablar de su problemática.

Debido a que el abuso sexual infantil es un tema suficientemente complejo como para explicarse en unas cuantas frases, se considerará necesario presentar una reseña histórica así como una descripción de las características principales, lo que nos llevaría a obtener una definición de abuso sexual infantil lo más completa posible.

Junto con esto se considera pertinente mostrar algunas de las causas que lo provocan, así como sus consecuencias tanto físicas como psicológicas para que por medio de esta información se pueda obtener una alternativa para el tratamiento.

1.1 Antecedentes Históricos

El abuso sexual infantil ha sido un problema reconocido a lo largo de la Historia, y se ha caracterizado por una total falta de derechos para los niños y no es sino hasta el siglo XX que se le ha abordado desde un ámbito social diferente. Durante este siglo se le ha dado un estatus intermedio entre un problema social reconocido solo por un segmento reducido de la población y un asunto de interés público.

El primer dato que se registra esta situado en torno a 1890 cuando Freud pone a consideración la cuestión de las relaciones sexuales precoces y su influencia en el desarrollo emocional posterior de la persona. ²Finkelhor (1980) menciona a otros autores como Kinsey y Havclocck Ellis quienes también dedicaron atención a esta problemática antes de principios de siglo, pero que sin embargo, no lograron expresar alarma alguna sobre el problema. De hecho entre 1896 donde aparecen las primeras referencias y 1970, existe apenas literatura psicológica que proporcione más allá de datos y casos anecdóticos, sin que se aborde un estudio comprensivo del problema. No así, el abuso sexual, bajo el enfoque de ciertos aspectos, alcanzó a ser un asunto de bastante interés público en cierto momento histórico, a pesar de que no haya durado.

A pesar de la liberación sexual paulatina del último siglo, aún continúa siendo extremadamente difícil para la gente discutir abiertamente muchos temas sobre el sexo. La gran mayoría de la gente que ha tenido tales experiencias sexuales en su infancia, probablemente las ha mantenido como un secreto aun a sus más cercanos confidentes, viviéndose así muchas vidas donde la vergüenza y la culpabilidad son un gran peso. Todo esto combinado, ha impedido una

documentación del problema en forma más amplia aunque sí suficiente como para atender los casos más apremiantes.

Es hasta recientemente cuando las actitudes moralistas sobre el sexo han disminuido lo suficiente, que la discusión de anomalías sexuales de varios tipos han llegado a ser aceptables. Lo que sin duda ha alentado a muchas personas, que de niños fueron victimizados, a contar y a discutir su experiencia, logrando así un aumento de la conciencia pública.

Debido a que muchas de estas personas pertenecen a una clase media y muchas veces tienen puestos de poder y de responsabilidad, el problema ha adquirido credibilidad. ³Finkelhor (1980)

⁴Mrazek & Kempe (1987) investigaron que en la historia de la humanidad se habían dado casos de abuso. Encontraron que antiguamente a temprana edad los niños vivían bajo una atmósfera de aceptación de las prácticas sexuales entre adultos y niños. En Grecia y Roma se fomentaba la prostitución infantil, de hecho contaban con burdeles de niños en casi toda la ciudad. En estas ciudades se fomentaba la esclavitud de los niños, quienes eran usados para la gratificación sexual de los adultos, contando además con la aprobación de la comunidad. En otras civilizaciones antiguas, como los Incas, los Egipcios y los Hawaianos tenían ciertos tipos de incesto permitidos en apartadas y privilegiadas clases sociales.

² ibidem pp 17-32

³ Op cit pag. 12

⁴ Mrazek, P., Kempe, C. (1987) Sexually abused children and their families. University of Colorado Health Sciences Center, Denver., pp 5-15

Tiempo después la práctica "normal" pasó a convertirse en una práctica percibida como inmoral. Esto a partir de algunos puntos de vista religiosos basándonos en el particular caso de los antiguos judíos quienes tenían una inconsistente actitud acerca de las practicas sexuales con niños, quienes a pesar de la estricta ley de Moisés continuaban corrompiendo niños. Con la llegada del cristianismo, la noción de inocencia infantil comenzó, los niños fueron considerados seres sin ningún pensamiento, sentimiento o capacidad sexual. Esta actitud entorpeció la protección de niños hasta el siglo XVII cuando la iglesia Católica tomó una dura posición en cuanto a las relaciones sexuales entre adultos y niños, considerándolo como incesto. Logrando una buena influencia en Inglaterra hasta el siglo XX.

Con el paso del tiempo y la caída de la Iglesia como cuerpo de autoridad fue necesario establecer un sistema judicial, que se encargara del asunto, involucrando sanciones a aquellos que participan en actividades sexuales con niños.

Hablando en términos de avances legales es importante mencionar que recientemente en nuestro país, en particular en el Distrito Federal el 21 de diciembre de 1999 se aprobó La ley de los derechos de las niñas y niños, que garantiza el respeto de su vida, dignidad e identidad; así mismo de su integridad física, psicológica, emocional y sexual. Y con el propósito de atacar el problema, ahora cualquier persona que tenga conocimiento de que algún niño(a) es agredido o esté en riesgo de serlo, podrá denunciar el hecho ante el ministerio público.

Este avance en materia legal permite a un sector de población infantil contar con la garantía de protección ante una situación de abuso. Aunque valdría la pena extender esta protección a todos los sectores del país donde también ocurre este problema.

1.2 Principales características del abuso sexual infantil

Al hablar sobre las características correspondientes al abuso sexual es posible encontrar ciertas cualidades que lo describen en forma amplia, encontramos para empezar una relación entre la diferencia de edad, por lo general el agresor es un adulto o un adolescente por lo menos 5 años mayor a la víctima. En la mayoría de las ocasiones se involucra a la víctima en actividades en donde el perpetrador busca obtener satisfacción sexual, por medio de la manipulación propia o la del niño.

El perpetrador emplea la coerción, la cual puede incluir o no la fuerza física, la presión o el engaño. esta coerción se considera por sí misma un criterio suficiente para que una conducta sea etiquetada de abuso sexual del menor, independientemente de la edad del agresor. ⁵(Del Campo y López, 1997).

Algunas conductas físicas que se involucran son: obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas u obligarlos a que se involucren en contactos sexuales, se les promueve a la prostitución infantil y/o a la pornografía, al contacto genital oral, caricias (tocar o acariciar los genitales de otro, incluyendo forzar a masturbar para cualquier contacto sexual, menos la penetración), exposición (mostrar los órganos sexuales de una manera inapropiada, como en el exhibicionismo), penetración digital y finalmente el coito.

⁵ Del Campo, A y López, F. Prevención de abusos sexuales a menores. 1997 Guía para los educadores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Ed. Salamanca.

También se consideran abusos, conductas sexuales sin contacto físico como las peticiones sexuales y el voyeurismo. ⁶(Del Campo y López, 1998)

El abuso sexual es un problema que afecta más a las niñas, pero que también lo sufren los niños. Además es un problema que está presente en todas las clases sociales y ambientes, aunque sí, son más probables en situaciones de hacinamiento o donde existe un clima de violencia familiar. Pueden ocurrir en cualquier lugar y momento.

Las personas que sufren abusos tienden a ocultarlo por vergüenza o miedo, esto debido a que muchas veces el agresor emplea la persuasión, el engaño o la violencia.

El abuso sexual a los niños puede ocurrir dentro del seno familiar por parte de un padre, padrastro, hermano, o cualquier otro familiar o amigo. Como quiera que esto ocurra el niño desarrollará una variedad de sentimientos y pensamientos nocivos que le producirán incomodidad.

Es frecuente que las madres reaccionen ocultando los hechos, sobre todo si el agresor es un familiar. ⁷(Hooper, 1994)

Ningún niño está suficientemente equipado para enfrentarse y manejar estimulación sexual repetida. Hasta un pequeño de 2-3 años, que no puede saber que actividad sexual es incorrecta, puede desarrollar problemas que son el resultado de su inhabilidad para hacer frente a

⁶ Del Campo y López. "Jornadas sobre prevención del abuso sexual Infantil" organizadas por Save the Children los días 27-28 de febrero y 27-28 de marzo de 1998.

⁷ Hooper, C. Madres sobrevivientes al abuso sexual de sus niños. 1994 Ed. Nueva Visión, Buenos Aires

la sobreestimación. Lo que ocasiona que las consecuencias psicológicas puedan a la larga ser devastadoras.

1.3 Definición del Abuso Sexual Infantil

Una de las definiciones más completas del abuso sexual infantil es la elaborada por el National Center of Child Abuse and Neglect (NCCAN). Según esta agencia federal norteamericana, comprende “los contactos e interacciones *de tipo sexual* entre un niño y un adulto. El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando esta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro menor”

El abuso sexual se ha definido también a partir de dos conceptos: la coerción y la diferencia de edad entre el agresor y la víctima. “La coerción (con fuerza física, presión o engaño) debe ser considerada por sí misma criterio suficiente para que una conducta sea etiquetada de abuso sexual del menor, independientemente de la edad del agresor”. La diferencia de edad impide la verdadera libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual común ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes. “Esta asimetría supone en sí misma un poder que vicia toda posibilidad de relación igualitaria”⁸Del Campo y López (1997)

⁸ ibid p 15

CAPITULO II

CAUSAS PREDISPONENTES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Los abusos sexuales a menores se registran en cualquier sitio: en la casa, los parques, los coches, el campo, en la escuela, en los campamentos, etc. También en las residencias o instituciones que acoge a menores donde se registra “un problema institucional de primera magnitud, pese a la resistencia de políticos y administraciones a plantearlo”. Es una verdadera contradicción ver que niños apartados de sus domicilios para evitar que sufran agresiones terminen siendo objetos de abusos en estos lugares. López sugiere que “hay que convencer a los responsables de estas instituciones de que se trata de un problema real. Hay que reconocerlo para poder afrontarlo”⁹ (Del Campo y López 1998)

Pero donde ocurre con mayor frecuencia? Al buscar una respuesta se encontró que un estudio realizado por la Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud, en el que utilizó una muestra representativa de la población española de 2000 sujetos, detectó que el 62.6% de los abusos ocurrieron en el medio urbano y el 37.1% en el medio rural. (Op cit)

Las condiciones que favorecen el uso de la violencia con los niños están también asociadas a un mayor riesgo de sufrir abusos sexuales. Estas condiciones son la pobreza, el bajo nivel cultural, viviendas inadecuadas, abuso del alcohol, etc.

⁹ ibidem p 16

Otras condiciones que favorecen al abuso son algunas situaciones familiares particulares como la ausencia de los padres biológicos, la incapacidad o enfermedad de la madre, los conflictos entre los padres (indiferencia, enfados, peleas, separaciones y divorcios), las relaciones pobres, escasas o deficitarias por algún motivo con los padres y/o el hecho de tener padrastro.¹⁰(López 1996)

Al analizar las causas del abuso sexual infantil, es posible observar que existen tres aspectos como son: el contexto social, las características o perfil del agresor y las características o perfil de las víctimas. Las cuales vale la pena analizar a continuación.

Cabe aclarar que las investigaciones realizadas acerca de este fenómeno se basan en los casos reportados, por lo que es posible guardar reservas en cuanto a estas conclusiones.

2.1 Contexto Social

El sistema Político-Económico que se establece en un país hace que surja una cultura, la cual da pauta a una sociedad, y esta a su vez da pie al establecimiento de reglas de conducta que lo rigen. A partir de este sistema político y económico se desarrollan enfermedades características, así como conductas desadaptadas particulares como son el consumo de fármacos, delincuencia, suicidios, etc. y en este caso, el abuso sexual infantil.

¹⁰ López, F. Abusos Sexuales a Menores. Lo que recuerdan de mayores. 1996 Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Subdirección General de Publicaciones. Madrid

Si consideramos el abuso sexual como una conducta violenta, entonces necesitamos entender el surgimiento y tolerancia de la violencia. para esto necesitamos aceptar que el sistema político y económico ha generado esperanzas que han sido frustradas una y otra vez en un contexto de aprobación y reforzamiento de la violencia, surge un sentimiento de frustración ante la impotencia de ir contra el sistema. ¹¹(Basurto y Segura 1998)

La violencia es un término genérico que se refiere a muchas formas de conducta que pueden ser realizadas por un grupo, una institución o un individuo, y hace referencia al comportamiento que intenta causar daño físico a personas o propiedades. Con frecuencia se confunde la violencia con el poder, la fuerza o la autoridad. La explicación psicológica de la conducta violenta pone énfasis en los factores instigadores, condiciones externas, tales como pobreza, desempleo y migración social.

La conducta violenta puede ser vista como positiva (revolución) o negativa (delincuencia), la percepción de la violencia dependerá de las características cognitivas del individuo y de la sociedad en la cual se desenvuelve. En la mayoría de las ocasiones surge la violencia porque un sistema político y económico no ha cumplido con las necesidades y demandas de un pueblo; observándose que la delincuencia, como resultado de la violencia, sea más frecuente en las grandes ciudades; que los infractores en su mayoría son de sexo masculino y de los estratos socioeconómicos bajos.

Dentro de un contexto social es posible observar una Ideología Patriarcal. Y entre las causas del abuso sexual infantil encontramos que, la ideología patriarcal y la adhesión rígida de

¹¹Basurto y Segura. (1998) Prevención del abuso sexual infantil. Tesis de Licenciatura, UNAM Iztacala, México

los papeles tradicionales que deben desempeñar hombre y mujeres son algunos de los factores sociales que mantienen la violencia familiar, colocan al hombre en una posición de supremacía sobre la mujer y los infantes, y al hacerlo supone que estos son de su propiedad.

Las condiciones para que haya una “víctima” aumenta cuando a la cultura dominante, sobre lo que se espera de las mujeres, se suman las creencias y expectativas que frenan el crecimiento de lo individual, esto ocurre cuando se le limita o censura a las niñas y mujeres para que tengan un sentimiento de individualidad que se aparte de los papeles tradicionales de hija, madre o esposa.

Las creencias sobre la lealtad familiar que dan prioridad a mantener la integridad de la familia a expensa de cada uno de los miembros como individuos, representan otra fuente de riesgo para que se presente la “Victimización”

Los infantes que miden su “autoestima” partiendo de la “autonegación y de la idea de que son personas para los demás” antes que “personas para y por sí mismas” pueden desarrollar un estilo de vida de “víctima” caracterizado por sentimientos de impotencia y conducta pasiva¹²(Basurto y Segura 1998)

Los pensamientos negativos sobre uno mismo y las creencias tradicionales sobre el papel masculino crean restricciones de la conducta, que contribuyen a elaborar las condiciones de vulnerabilidad para que ocurra el abuso sexual; la sociedad reprime a los muchachos y hombres la demostración de la expresión emocional, es decir llorar. decir te quiero, etc; el hecho de

reprimirla interfiere en la propia capacidad de comprender la perspectiva del otro y experimentar empatía.

En el caso de muchos individuos que han sido maltratados física, verbal, objetal y sexualmente, la propia historia de abuso atribuye a que se formen pensamientos negativos. Cuando una persona tiene pensamientos negativos sobre sí misma, estos interfieren en el desarrollo de las aptitudes y habilidades sociales durante la infancia, adolescencia, así como en el desarrollo de las relaciones gratificantes en la vida adulta, se establece un círculo vicioso, la discrepancia entre la visión idealizada de los hombres fuertes y competentes y la propia experiencia de la persona que abusa, que se ve así mismo inseguro, insuficiente, refuerza su panorama negativo. Incapaces de sentirse competentes en sus relaciones adultas, esos seres pueden poner su atención en infantes con el objeto de obtener gratificación sexual y emocional; en el contexto de la versión dominante de la persona que realiza el abuso, este aprovechamiento puede interpretarlo como una prueba de poder y dominio.

La conducta sexualmente abusiva se desarrolla y es mantenida mediante el proceso de negación, los miembros de la familia pueden negar la existencia del abuso, el conocimiento de determinados hechos, las responsabilidades del abuso, y el impacto que tuvo en la persona que

¹² ibid pp 27-73

sufrió el abuso (¹³Aarrant & White, 1993; ¹⁴Cicchetti & Carlon, 1989; ¹⁵García, 1989; ¹⁶Finkelhor, 1985; ¹⁷Furnis, 1991)

AISLAMIENTO SOCIAL: El abuso sexual se posibilita cuando existe aislamiento social por parte de la familia, en aquellas comunidades apartadas y de bajos recursos económicos, con un sistema de valores autoritarios en donde las familias se aprovecha unos de otros para obtener gratificación sexual porque desarrollan valores desviados o porque las familias no están expuestas a la supervisión de la comunidad (¹⁸García, 1989)

En estos casos la madre tiene muchas veces una parte de culpa y responsabilidad porque tolera calladamente la relación de su marido con su hija en el caso del incesto, estas relaciones puede durar hasta años

2.2 Perfil del Ofensor

El propósito de incluir un perfil del ofensor nos permite comprender cuáles son las causas por las que este actúa, con el fin de tener una respuesta ante la pregunta de las víctimas “¿Por qué lo hizo?”

¹³ Aarrant & White Terapia del abuso sexual 1993 Barcelona. Gedisa

¹⁴ Cicchetti, D. & Carlsoln Child Maltreatment 1989 Theory and research on the causes an consequences of chil abuse and neglected. Cambridge University Press.

¹⁵ Garcia, V. “Patrones de interacción familiar y el abuso físico del niño” 1989 Revista Sonorense de Psicología 3 (2) pp 110-119

¹⁶ Finkelhor “Child sexual abuse: A research handbook. Final Report to the National Center of Child Abuse and Neglect”. 1985 Nueva York. Free Press.

¹⁷ Furniss, T. The Multiprofessional hand book of sexual abuse. 1991. New York. Routledge. Cap 1-4

¹⁸ ibid pag. 22

¹⁹Finkelhor (1986) Habla de un trastorno en los adultos llamado *paedofilia* la cual se define como un interés sexual conciente o deliberado de un adulto por un niño. Esto lo demuestra ya sea mediante el contacto sexual con un niño o mediante masturbación mientras fantasea sexualmente sobre un niño. Es así que el abuso sexual de niños se convierte en un fenómeno de sexualidad anormal y de abuso de poder. Es por ello que el tratamiento de la conducta sexual abusiva se dirige al tema de poder y control tanto físico como emocional.

²⁰Vázquez (1997) propone ciertas características que se pueden aproximar el perfil habitual del perpetrador. Incluye algunos resultados de las investigaciones realizadas por

²¹Cantón y Cortés (1997) quienes encontraron que los agresores son mayoritariamente varones, oscilando los porcentajes entre en 80 y un 92 por ciento. Generalmente se trata de hombres adultos y jóvenes, incluyendo adolescentes. Agrega además Vázquez (1997) que habitualmente eligen víctimas del otro sexo. Son precoces (casi la mitad tuvo su primer comportamiento de abuso antes de cumplir 16 años); Suelen ser reincidentes y actúan más en las ciudades que en las zonas rurales; aparentemente son personas normales, pero presentan problemas de socialización y serias carencias en valores sociales; suelen ser agresivos o retraídos y muy insensibles: no saben seducir a sus iguales, los adultos; La mayoría construye toda una serie de argumentaciones en torno a su conducta delictiva en base a las cuales no presenta rastro de culpabilidad alguna que le lleve a ponerse en tratamiento psicológico; Tienen una escasa capacidad para ponerse en el lugar de otros y compartir sus sentimientos (empatía); La mayoría son familiares o conocidos de

¹⁹ Finkelhor Abusers: Special topics, 1986 In Finkelhor, D. & Associaten. A Sourcebook on Child Sexual Abuse. Sage, California

²⁰ Vázquez, M.B. "Peritaje psicológico en la agresión sexual infantil". Ponencia presentada en las jornadas de Atención al Abuso Sexual Infantil organizadas por la Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada (AMAIM). En junio de 1997

²¹ Canton, D y Cortés A Malos tratos y abuso sexual infantil. 1997. Siglo XXI Editores, Madrid España.

las víctimas. Dichos datos concuerdan con las investigaciones realizadas por ²²Smith, Letourneau y colaboradores (2000) quienes encontraron que solo el 10% de los casos identifica al perpetrador como un extraño; otro 10% de los casos usa la violencia, habitualmente recurren al engaño, tratan de ganarse la confianza de las víctimas o se aprovechan de la confianza familiar, utilizan estrategias como el factor sorpresa, les amenazan o les dan premios o privilegios de diferente tipo: la mayoría son paedófilos, es decir, adultos que se sienten orientados sexualmente, exclusiva o preferentemente por los niños.

Otros casos son adultos maltratadores con el sentimiento de propiedad sobre los menores, lo que les da la confianza para abusar de sus hijos, sobrinos, primos o conocidos, considerando que ésto no constituye un delito o como algo que merezca castigo, forma parte de su vida, así lo aprendieron de sus padres y por lo mismo repiten este esquema que incluso es apreciado como una forma correcta de educación.

Por otro lado ²³Ryan (2000) encontró que en el caso de los adolescentes con patrones de conducta abusiva, ésta se había dado a causa de la falta de buena información por parte de padres y maestros, así como a la presentación de materiales poco adecuados o simplemente a causa de que los padres y consejeros rara vez hablaban con ellos sobre asuntos de sexualidad por que se sentían incómodos de tocar dichos temas. Lo cual provocó que estos adolescentes experimentaran una inadecuada motivación a abusar de otros menores sin reconocer al abuso como un problema.

²² Smith, Letourneau, J., Sunders., Kilpatrick, G., Resnick, S. y Best, L. Delay in disclosure of childhood rape: Results from a national survey. 2000, Child Abuse & Neglect vol. 24 No. 2 pp 273-287

²³ Ryan, Gail (2000) Childhood Sexuality: A decade of study. Abuse and Neglect, Vol. 24, No. 1 pp 33-61. Denver, CO, USA

Pero las anteriores son solo las características de los casos denunciados. El origen del maltrato se encuentra en el concepto que se tiene de los menores, considerados como un objeto a educar con base en reglas propias, según la experiencia de cada uno de los adultos.

Desde el punto de vista psicológico la agresión hacia los menores tiene varias explicaciones, pues en algunos casos se trata de una cadena; quien maltrata fue a su vez víctima de abusos y pretende reparar el pasado como una especie de venganza. Algunos consideran que los golpes son la forma correcta de educar e incluso hay quienes están verdaderamente convencidos que el maltrato los convirtió en personas de bien.²⁴(Ryan 2000)

²⁵Finkelhor (1986) describe algunos factores Predisponentes que pueden explicar la personalidad de los ofensores en el que considera aspectos sociales, físicos, conductuales, cognitivos y emocionales los cuales pueden contribuir al desarrollo y mantenimiento de la paedofilia.

1.- Las necesidades emocionales de los adultos son reunidas por los niños.

De acuerdo con las teorías psicoanalíticas la paedofilia es un problema de alguien emocionalmente inmaduro, probablemente por que experimenta dificultades dentro de su propia niñez que permanecen sin resolver. Además los abusadores muchas veces carecen de habilidades

²⁴ op cit p 26

²⁵ Finkelhor, D. (1986) Abusers: special topics. In Finkelhor, D & Associates. A sourcebook on Child Sexual Abuse. Sage, California.

sociales. Frecuentemente poseen un reducido amor propio y experimentan una sensación de poder y control solo en relaciones con gente más joven y más vulnerables que ellos. Las fantasías con niños son vistas como una forma de superar la sensación de impotencia que han experimentado desde su propia infancia. (²⁶Fontana, 1995. ²⁷MacDonald, Lambie & Simmonds 1995)

2.- Son sexualmente excitados por niños

Se sugiere que los adultos abusivos han aprendido a encontrar excitación sexual en niños desde su más tempranas experiencias. Algunos han sido sexualmente excitados por otros niños y continúan encontrando atracción sexual en ese tipo de relaciones. Una teoría similar es que ellos experimentaron un abuso sexual cuando fueron niños. Los recuerdos de esa experiencia han sido parte de esas fantasías sexuales, y la masturbación incrementa el impacto y potencial para que llegue a realizar dichas fantasías en un niño. Otra posible explicación de paedofilia en aquellos quienes fueron abusados de niños tienen un rol modelo les hace experimentar que como adultos deben excitar a un niño. Esta teoría sugiere que la socialización puede reducir la inhibición normal, entonces cometer abuso con más probabilidad.

La pornografía también contribuye a la excitación sexual mediante la presentación de mujeres y a veces mediante la presentación de niños como objetos sexuales permitiéndose así la gratificación sexual. La exposición de la pornografía infantil puede hacerle creer a un adulto que la excitación por ese medio es buena.

²⁶ Fontana, V. (1995). En defensa del niño maltratado. Pax México.

²⁷ MacDonald, K., Lambie, I., Simmonds, L. (1995) Counseling for Sexual Abuse, Oxford University Press

3.- Dificultades en reunir emociones y necesidades sexuales en la relación con un adulto.

Los ofensores frecuentemente poseen características definitivas que les dificultan satisfacer sus necesidades emocionales y sociales en las relaciones con adultos. Además de que tienen un bajo amor propio, sentimientos de inadecuación social e inferioridad sexual, y una falta de habilidades en el desarrollo de relaciones en la edad apropiada.

Otras teorías se enfocan más en crisis de la vida del adulto, principalmente cuando se trata de una experiencia sexual vista como traumática como la impotencia o el rechazo o rompimiento en una relación marital. Cuando cada experiencia se combina con las creencias que inhiben la masturbación o que no permite el desarrollo de una relación sexual adulto fuera del matrimonio, algunos adultos se tomarán hacia los niños como una salida sexual.

4.- Carecen de la inhibición normal para tener relaciones sexuales con niños.

Se han descrito un número de explicaciones para entender por que el abusador no controla sus comportamientos abusivos. Algunas de ellas serían la psicosis, demencia senil, y abuso del alcohol. Las cuales se enfocan a un pobre control de impulsos. Para algunos paedofílicos, una crisis en sus vidas puede generar una conducta abusiva. El stress causado por el desempleo, la separación o los problemas puedan también disminuir la inhibición común.

Algunas personas defienden a los abusadores dándoles excusas y minimizan el impacto de sus acciones diciendo 'Ella lo provocó' y 'El no hizo tanto'. El alcance de lo ocurrido en el

abuso también es negado. Esto provoca que sea mas difícil tratar con los abusadores ya que se les refuerza a reducir la inhibición, lo que entorpece para detener al perpetrador.

Es evidente que es muy amplia la variación de factores que conducen a algunos a abusar de un niño, y ésta es la razón por la que es difícil dejar de hacerlo

Por su parte, ²⁸Ryan (2000), menciona que en los casos en que existe una continuidad de conductas delictivas, es decir, una permanencia dentro de ciertos y determinados contextos de comportamiento, están presentes un inadecuado control familiar, deprivaciones de las necesidades externas como falta de vivienda, ropa, alimentación, pero fundamentalmente, privaciones afectivas, de cuidado, de protección para un sano desarrollo psíquico y social.

También se observan casos de individuos que delinquen quienes se caracterizan por no tener antecedentes penales, así como por haber desarrollado un modo de vida aparentemente adaptado, sin una marcada agresividad, con una vida laboral y familiar estable, el delito en estos casos irrumpe de una manera repentina en contraste con el modo de vida de este individuo, pero esta pseudo estabilidad emocional esta relacionada a la historia personal del individuo, con acentuadas frustraciones, dificultades y problemas que conducen a una descarga impulsiva y agresiva, este autor caracteriza la conducta sexual agresiva como sumamente repentina, impulsiva y sin control.

²⁸ op cit pag 26

²⁹O'Connell & Leberg (1990), ha concluido que una buena cantidad de delincuentes fueron. antes de su conducta antisocial victimizados de alguna forma.

2.3 Perfil de la Víctima

Entre algunas características que facilitan la vulnerabilidad en los menores se encuentra que éstos han sido educados para obedecer y callar siempre frente a los adultos y si el adulto es familiar y/o conocido que solicita del infante una mayor obediencia; la falta de información por parte de los padres acerca del cuerpo, lleva al infante a reprimirse, usualmente el infante muestra poca atención con individuos de su misma edad.

³⁰Araujo (1991) menciona que los infantes que han sufrido de abuso sexual tienen edades, que van desde meses de vida hasta la edad en que comienza la vida adulta. Todo infante, es vulnerable aunque los casos reportados señalan que en la mayoría el infante es de sexo femenino. Los infantes "seductores" no existen, hay infantes o prepúberes con carencias afectivas muy severas, quienes al descubrir que pueden obtener atención o afecto en un adulto, carecen de elementos para autoprotgerse, por lo cual están expuestos a un mayor riesgo justificándose el ofensor bajo la aparente "provocación" por parte el menor.

Siguiendo con las características de los infantes debemos recordar que "los humanos poseemos un potencial sexual innegable desde el inicio de la vida, la exposición del cuerpo, el

²⁹ O'Connell, M., Leberg, D. (1990) Working with sex offenders. SAGE publicatiios London New Delphi

frotamiento y la masturbación son juegos sexuales. la búsqueda de caricias para la obtención de placer. "el enamoramiento infantil", son manifestaciones de la sexualidad que los infantes presentan en mayor o menor grado y demuestran que el ser humano está facultado desde edades tempranas para responder sexual y sensualmente (³¹Ryan 2000), sin embargo, esto no permite ni debe permitir confundir estas manifestaciones naturales entre personas de la misma capacidad intelectual y desarrollo, y el abuso sexual infantil. ya que entre ambas existe una diferencia radical.

Desde una perspectiva legal, ³²Basurto, D. y Segura, A. (1998), dividen a las víctimas en dos categorías:

- Víctima inocente: Es aquella que no ha provocado en forma alguna la agresión ni tiene culpa del hecho.
- Víctima de culpabilidad menor: Es víctima por ignorancia por no tener la información adecuada, puede ignorar los alcances de las acciones.

De acuerdo con investigaciones realizadas por ³³Dirección General de Prevención y Promoción de la salud en Madrid (1998) se encontró que las víctimas reaccionan de formas diferentes. Un 35.71 % se resisten continuamente, un 33% inicialmente no reaccionan y luego se

³⁰ Araujo, S. (1991) Victimización sexual infantil: Implicaciones sociales y psicológicas. En *Aviso Informativo*. México.

³¹ Op cit pag 26

³² ibid 20

³³ Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud (1998). Documentos técnicos de Salud Pública No. 22. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid.

resisten, otro 4.17% muestra resistencia solo al principio, un 15.77% reacciona con pasividad y por último el 10.12% colabora desde el principio. Afirman que las conductas de resistencia desde el principio se dan más entre los adolescentes y también las de colaboración.

Un 30% de las víctimas no se lo cuenta absolutamente a nadie porque teme la reacción de los demás ante la revelación, por vergüenza. Uno de cada dos menores que han sufrido el abuso sexual elige como confidente a un amigo y uno de cada cinco a la madre (las madres no están casi nunca involucradas en los abusos sexuales de sus hijos). Un 22% se lo cuenta a otro familiar. Sólo un 0.42% de las víctimas le cuenta su experiencia a profesionales (psicólogos, educadores...) Ninguno recurre a la policía, jueces o abogados. ³⁴ Del Campo y López (1998)

Un niño que no ha aprendido a defenderse tiene una marcada incapacidad para mirar a los ojos, ya que ha sido acostumbrado a ser sumiso. Ese tipo de niños tienen falta de confianza para hablar con alguien, para hacer una broma, o para manifestar afecto. no se le ha motivado con frases positivas que alimenten su asertividad, lo que puede hacer que adopte actitudes extremas, de sumisión, timidez, inseguridad, o convertirse en un pequeño violento, agresivo. Aunque cualquiera que sea su carácter, siempre que pueda abusar de alguien más débil que él lo hará.

Existen sentimientos confusos, ya que se crea una relación de amor y odio hacia su agresor. De amor porque generalmente se trata de sus padres y a pesar de todo no puede dejar de quererlos. De odio porque en él se va acumulando el resentimiento y el deseo de vengarse.

³⁴ Del Campo, A y López, F. (1998) "Jornadas sobre prevención del abuso sexual Infantil" organizadas por Save the Children los días 27-28 de febrero y 27-28 de marzo de 1998.

CAPITULO III

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS POSTRAÚMÁTICAS

Los expertos en su mayoría han coincidido en que para hablar de la existencia de abusos es necesario suponer que conllevan riesgos importantes de tipo emocional para las víctimas. Reacciones que se hacen más fuertes cuando el agresor ha sido un familiar o cuando el abuso se produce de forma repetitiva, ya que en estos casos es más probable que la víctima se sienta culpable por no evitarlo. (³⁵López 1996)

Existen una serie de variables que intervienen para poder generar un efecto consecuente del abuso sexual infantil. Estas son edad, sexo, aspectos contextuales e individuales como son la frecuencia, la severidad, la existencia o ausencia de violencia durante el abuso, entre otros.

Es importante considerar que las víctimas carecen de cariño y comprensión. Por eso sufren cambios de conducta, presentan rasgos antisociales, crean mecanismos de defensa que le ayudan a reducir la ira o que le provocan situaciones conflictivas.

En forma práctica es posible clasificar las consecuencias del abuso sexual infantil en dos áreas importantes, la primera sería una clasificación que encierre las consecuencias a corto plazo y otra que corresponde a las consecuencias a largo plazo.

³⁵ López, F. (1996) Abusos Sexuales a Menores. Lo que recuerdan de mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Subdirección General de Publicaciones. Madrid.

3.1 Consecuencias a corto plazo

Algunos de los efectos iniciales son la desconfianza y la vergüenza, estos aparecen durante los dos años siguientes a la agresión, después de este tiempo cualquier efecto se clasificaría en efecto de largo plazo.

⁵⁶MacDonald, Lambie & Simmonds (1995) mencionan algunas consecuencias tales como Regresión, alteraciones del sueño (terrores nocturnos), desordenes de alimentación, manifestaciones de extremo temor, dependencia emocional, frecuentes accesos de llanto o irritabilidad constante, problemas de conducta, aislamiento social, agresivo o completamente complaciente, conducta delictiva, huidas de casa con otros niños, baja concentración en la escuela, búsqueda de atención, conducta autodestructiva, peleas y ausentismo.

Su rendimiento en la escuela es bajo, no tienen la capacidad para concentrarse en nada porque está sumergido en una tristeza permanente, muchas veces su nivel escolar no corresponde a su edad. Esta abatido y envuelto por una gran confusión entre lo que es bueno y lo que es malo, no tiene límites porque nunca obtienen una recompensa.

Un niño puede caer en una profunda depresión, que lo lleve de manera inconsciente a provocarse con frecuencia lesiones, raspones, cortaditas, hasta accidentes graves. Esta es una forma de manifestar su insoportabilidad de la vida, sus ganas de no vivir más. (³⁷Turell, 2000)

³⁶ Op cit pag. 26

Con frecuencia se le ve apagado, se acusa constantemente, tiene un concepto erróneo de sí mismo, desconoce sus aptitudes y es incapaz de adecuarse a cualquier ambiente. Es apático, no le encuentra sentido a aprender cosas nuevas, o a procurarse una satisfacción, porque según su agresor no se lo merece, y él así lo cree.

Por eso cuando llega a una terapia psicológica o se relaciona libremente con otros niños como él, se encuentra con otro mundo en el que descubre que piensa, oye, habla, camina, siente y opina. Se da cuenta de que tiene derecho a que lo escuchen, a que lo respeten y a que no lo agredan. (³⁸MacDonald, Lambie & Simmonds 1995)

Entre el 60% y el 80% de las niñas víctimas de abusos sexuales se ven afectadas, en diferente grado, por la agresión. La edad en que más sufren las consecuencias se sitúa entre los 7 y los 13 años. Solo entre un 20% y un 30% permanecen estables emocionalmente después de la agresión. (³⁹Del Campo y López 1997)

De acuerdo con ⁴⁰López (1996), los abusos sexuales pueden generar los siguientes efectos:

- *Hacia el agresor y/o familiares:* desconfianza, miedo, hostilidad, abandono del hogar, conducta antisocial.

³⁷ Turrel, S. (2000) Differentiating incest survivors who self-mutilate Child Abuse And Neglect. Vol. 24 no. 2 University of Houston TX

³⁸ op cit p 26

³⁹ Del Campo y López (1997) Prevención de abusos sexuales a menores. Guía para los educadores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Ed. Salamanca

⁴⁰ op cit p 33

- *Hacia si mismo*: vergüenza, culpa, estigmatización, baja autoestima, cambio de humor, ideas suicidas (que aumentan con la edad y el poco apoyo de la madre), fatiga, dolencias corporales.
- *Tono afectivo*: ansiedad, angustia, depresión, emociones negativas, etc. En torno al 25% sufre sentimientos de depresión.
- *Sexualidad*: exceso de curiosidad, inhibición sexual, precocidad de conductas, prostitución infantil o conductas sexualizadas como la masturbación compulsiva.
- *Problemas escolares y falta de concentración*: También pueden aparecer.
- *Otros*: pérdida de apetito cambios en hábitos de sueño y de comida.

Inicialmente cuando el menor está pasado por una etapa de abuso sexual, experimenta un síndrome de acomodación en el que se adapta al abuso en base a una autoimplicación y distorsión de la realidad que va aumentando con el tiempo. Dicho acomodamiento ocasiona que el niño tarde en revelar el hecho. Tal actitud se considera inconveniente para el menor ya que favorece a que se retracte a causa del ambiente. A lo que se le puede llamar “sobreintegración” de las experiencias abusivas por parte del niño. Todas estas formas de adaptación se refieren a un complicado fenómeno de adaptación a la disonancia cognitiva. Es así que el menor adopta ciertas creencias y actitudes como una manera de “dar significado”, de sobrevivir emocionalmente en una situación donde el hablar de la experiencia o salir de ella no le es posible. (41Smith, Letourneau y colaboradores 2000)

⁴¹ Smith (2000) Delay in disclosure of childhood rape: Results from a national survey. Child Abuse and Neglect vol 24 no. 2 pp 273-287

Cuando la eclosión del conflicto se realiza y el abuso sexual cesa, la tarea terapéutica incluye el ayudar al niño a suprimir las antes necesarias pero ahora perjudiciales pautas o estrategias de defensa que son la disociación y autoculpabilización. Estos dos efectos emocionales son los propiamente asociados al hecho del abuso, aunque su expresión pueda darse después a nivel clínico de formas variables. (⁴²Vázquez 1995)

Un aspecto que tampoco hay que olvidar es la respuesta de aquellas personas más relevantes para el menor. Aquí la negación, la falta de credibilidad y la acusación, a menudo actúan de una forma importante en la modulación de la respuesta del niño.

⁴³Vázquez (1995) menciona que las variables predictivas en la gravedad de secuelas a corto plazo son las siguientes:

- a. Violencia y/o agresión física en el momento del abuso.
- b. Actitud hostil de la madre hacia el niño en el momento de la revelación
- c. Alejamiento del hogar del niño después del descubrimiento del abuso.

Algunas investigaciones han intentado objetivizar estas secuelas mediante la aplicación de métodos estandarizados de evaluación. ⁴⁴Smith y colaboradores (2000) encontraron algunas causas por las que las víctimas de abuso sexual infantil no expresaban su experiencia, las cuales estaban relacionadas con el conflicto emocional de tener que revelar el hecho e implicando a cuidadores y seres queridos provocando a sí una posible disrupción familiar. Los resultados de

⁴² Vázquez M. B. (1995) Agresión Sexual, Evaluación y Tratamiento en menores. Siglo XXI Madrid, España.

⁴³ ibid

su investigación demostraron que un 50% se habían mostrado agresivos, un 45% presento conducta antisocial, otro 36% mostró comportamiento sexual desviado, miedos 45%, comportamiento neurótico 38% e inmadurez 40%. La observación clínica o patrón de conducta que más frecuentemente aparecía era el siguiente: *MIEDO > IRA > HOSTILIDAD*.

Existe una serie de secuelas que han de ser siempre consideradas en orden a su relevancia variable. estas son:

1. *Confusión y ansiedad*: Estas reacciones aparecen en mayor proporción cuando el menor es más pequeño, pues constituyen reacciones poco elaboradas.
2. *Culpa, angustia y depresión*: Mayores cuando mayor es el niño, puesto que constituyen un grado de reacción mejor organizado.
3. *Sexualidad inapropiada*: Este es uno de los problemas más importantes. El abuso los vuelve más susceptibles a una posterior victimización. Además suelen "sexualizar" sus relaciones, con la intención de ganar afecto y reconocimiento, como una franca expresión de baja autoestima (aspecto común en mujeres maltratadas).
4. *Posiciones prematuramente adultas*: Pueden presentar estas en el plano sexual como en el ejercicio de roles.

⁴⁴ op cit p 36

3.2 Consecuencias a largo plazo

Como se ha mencionado antes, el interés por el problema del abuso sexual infantil surge originariamente a partir de las secuelas que se observan en los adultos. Además es necesario considerar que existe un efecto traumatizante que deja una experiencia de este tipo.

⁴⁵MacDonald (1995) menciona que en este caso existen Flashbacks, problemas con la concentración, con la memoria, sentimientos de extrañeza ante otros, evitamiento de actividades sociales, en general problemas sociales relacionados con la falta de autocuidado, (pobre higiene, desnutrición, aislamiento social). Pobre amor propio, depresión, culpa, ansiedad, fobias y conducta autodestructiva. Dificultades en las relaciones sexuales, abuso del alcohol y drogas, dificultad para confiar e intimidar, tienen una sensación de impotencia y vulnerabilidad a la revictimización. Se dice que las mujeres tienden a internalizar los efectos del abuso lo que consecuentemente les provoca más estados de depresión y ansiedad. Los hombres por el contrario tienden a externalizar los efectos.

Desde algún tiempo se han apuntado una serie de características, generalmente en mujeres, objeto de agresión sexual durante la infancia, en comparación a otros grupos clínicos. Estas características eran en síntesis: un mayor aislamiento, una más baja autoestima, mayor miedo a los hombres, más ataques de ansiedad, mayores dificultades para dormir y pesadillas recurrentes, mayor tendencia a la utilización de alcohol y drogas, mayor riesgo de suicidio y auto

⁴⁵ McDonald, K (1995) Counseling for Sexual Abuse. Oxford University Press

mutilación, mayor riesgo de prostitución, aparición de desórdenes múltiples de personalidad y desórdenes en el comer tales como bulimia o anorexia. (⁴⁶Smith, 2000: ⁴⁷Thakkar, 2000)

Dados los graves problemas que en general se observan, se comenzó a investigar si algunos aspectos o el contexto de la experiencia podían explicar el grado de trauma.

En general se ha llegado a hipótesis tentativas respecto a las variables contextuales y del abuso. Por ejemplo:

El abuso de padre o padrastro, la existencia de comercio sexual y la existencia de violencia física correlacionan significativamente con la gravedad de secuelas. ⁴⁸Thakkar (2000)

Hasta la fecha no se ha podido demostrar que el abuso sexual sea más traumático a una determinada edad, ni que la cronicidad sea peor que el acto esporádico. Esto no significa, sin embargo, que las consecuencias no se presenten, solo que es necesario valorar la dificultad de la investigación y la gran cantidad de variables a controlar, para determinar la gravedad de las consecuencias.

⁴⁶ op cit p 36

⁴⁷ Thakkar, R. (2000) The Effects of Daily Stressors on Physical Health in Women with and Without a Childhood History of Sexual Abuse. Child Abuse & Neglect, Vol 24 no. 2 pp 209-221. Dekalb. IL. USA

⁴⁸ ibid

Estudios realizados por ⁴⁹Pribor y Dinwiddie (1992), ⁵⁰Finkelhor (1980), ⁵¹Russel (1986), ⁵²Rosss (1989) demuestran que incluso cuando se equiparan las muestras a nivel de raza y edad, las víctimas de incesto presentan unas tasas significativamente mayores de trastornos de ansiedad tales como: agorafobia, ataques de pánico, síndrome de estrés postraumático y fobias, así como depresión y abuso del alcohol.

Dichos estudios sugieren la necesidad de realizar una exploración cuidadosa de toda persona afectada, principalmente, con trastorno de ansiedad, depresión o abuso de alcohol en el sentido de la investigación de un posible abuso durante la infancia.

⁴⁹ Pribor, E.F y Dinwiddie, S.H. (1992) "Psychiatric correlates of incest in childhood" Am. J. Psychiatric. 149 (1) pp 52-56

⁵⁰ Finkelhor, D. (1980) *El Abuso Sexual Al Menor, causas, consecuencias y tratamiento psicosocial*. Ed. Pax México.

⁵¹ Russell, D.E.H. (1986) *The secret trauma: incest in the lives of girls and women*. New York. Basic Books.

⁵² Ross, C.A., Norton, G.R. y Wozney, K. (1989). "Multiple personality disorder: an analysis of 236 cases". Can J. Psychiatry. 34 pp 413-418

CAPITULO IV

PREVENCIÓN

Es necesario entender que la prevención es cualquier tipo de acción social o educativa dirigida a la consecución de algunos objetivos tales como:

- Prevenir el abuso sexual infantil utilizando métodos que involucren a los padres, profesionales y cualquier adulto responsable de los niños.
- Educar a los niños y las niñas para que aprendan a protegerse a si mismos y a los demás.

La prevención debe incluir algunos aspectos como son:

- a. Que los niños aprendan que en caso de llegar a ser víctimas comuniquen el abuso de que han sido objeto y que busquen ayuda efectiva.
- b. Que los padres, profesionales y adultos en general aprendan a detectar casos de abuso.
- c. A las víctimas, sus padres, adultos y profesionales a que denuncien los casos de abuso.
- d. A los compañeros de los niños o niñas, sus padres, adultos y profesionales a que aprendan a reaccionar de una manera adecuada cuando un niño (a) les diga que ha sido objeto de abuso sexual, y le sepan ofrecer apoyo social.

Por lo anterior, la prevención es, proteger, comunicar, detectar, denunciar, ofrecer ayuda social y enseñar a buscar ayuda.

4.1 Educación preventiva dirigida a los niños.

Se considera importante que los niños puedan aprender a protegerse a sí mismos contra el abuso y la explotación sexuales. Por lo que es necesario enseñarles que nadie los debe tocar de manera impropia, y que deben resistirse y huir de cualquier situación en la que otra persona los toque o muestre un comportamiento que los haga sentir incómodos. También es importante que se les enseñe que deben informar a sus padres rápidamente de tal situación, y que si alguien intenta llevárselos sin el permiso de sus padres, que deben resistirse a atraer la atención de otras personas a su alrededor.

La alianza Internacional ⁵³Save de Children, (1999) organizó a los países de la unión europea con el fin de probar varios programas de prevención , algunos de los cuales me permito describir a continuación:

1.- Programa De Prevención de Abusos Sexuales dirigido a escolares de educación primaria (Holanda) sugiere que niños y niñas entre los 10 y los 12 años reciban la formación de prevención por separado. En donde es importante subrayar ciertos aspectos psicológicos y físicos. tales como: lograr ser menos vulnerables, desarrollar empatía hacia los sentimientos de los demás, reconocer los límites de las personas que los rodean, aprender como resistirse a la presión negativa de los compañeros. Para ello es necesario establecer reglas de interacción humana, aprender y tener la valentía de decir que no, evitar reirse de los demás así como criticar o cotillear (hacer chismes).

⁵³ Save The Children (1999) "Visión y Realidad" Informe elaborado por el Grupo de Europa de la alianza internacional Save the Children, Mayo.

2.- Smart as a fox, (listo como un zorro) Prevención de abusos sexuales en educación primaria (Alemania) incluye a niños entre 6 y 8 años. Se sugiere un programa llevado a cabo dentro del currículo escolar. La fuerza mental de los niños se desarrolla aumentando su confianza en sí mismos y conciencia del propio cuerpo. La premisa de este programa es que un niño (a) bien informado no va a convertirse en víctima fácilmente, ya que no tendrán miedo a la hora de confiar en adultos y sabrán dónde acudir para buscar ayuda. Lo que es más, a los niños se les enseña a actuar en situaciones difíciles. Los miembros del personal del centro utilizan la técnica del juego de roles y una marioneta especial en forma de zorro. El zorro es listo e impertinente, y enuncia una serie de frases que los niños pueden utilizar en situaciones peligrosas, presentándolo todo de una forma atractiva para los niños.

3.- Children Protection Programme Kidscape (Reino Unido). Una alternativa que abarca edades entre 5 y 11 años, y que pretende que cualquiera pueda enseñar estrategias de defensa de sentido común a los niños, especialmente funcionarios escolares o de otro tipo, trabajadores sociales, policías, etc. Dicho programa puede ser adaptado para niños menores y mayores de las edades antes mencionadas. Dicho programa se basa en el plan de estudios, dirigido a ayudar al grupo objetivo a enseñar a los niños cómo identificar y actuar en situaciones amenazadoras como, por ejemplo, frente a matones, abusos y secuestro. El contenido del programa incluye:

- Signos y síntomas de lo que constituye intimidación y abuso
- Consejos sobre cómo organizar un programa, cómo participar,
- Consejos sobre cómo enseñar a un niño a defenderse con sentido común

- Ejercicios adecuados para cada edad, juego de roles, folletos o manuales, vídeo, etc.

El programa antes mencionado tuvo tres estudios pilotos previos, en cada uno de los cuales participares 4.000 niños y las criticas tanto de los niños como de los profesionales fueron excelentes. No se trata de un programa específico contra abusos sexuales, pero constituye un buen ejemplo de cómo se puede prevenir el abuso fomentando la protección.

4.2 Educación preventiva dirigida a los padres y adultos

Se anima a los adultos a hablar sobre los temas que aprenden los niños en forma abierta y frecuente con el propósito que los niños se sientan cómodos para hablar sobre asuntos delicados como lo es el abuso sexual.

Padres y profesores también reciben información, aprenden a reconocer señales en los niños, y se les dan herramientas sobre cómo actuar en caso de sospechas de abuso sexual.

⁵⁴Del Campo y López (1997) también elaboraron un programa dirigido a padres, profesores y niños en tres etapas de la enseñanza: preescolar, primaria y secundaria, en el que buscaron proporcionar los principios básicos de la prevención, y en el que incluye la prevención del abuso sexual de niños y su educación sexual. Indican que los profesionales y los padres deben conocer el tema del abuso, y propone una educación general en las tres etapas, con

⁵⁴ Del Campo y López (1997) Prevención de abusos sexuales a menores. Guía para los educadores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Ed. Salamanca.

unidades de enseñanza diseñadas en forma de contenidos y actividades. El programa insiste en la necesidad de ofrecer una visión positiva de la sexualidad, recomendado que se integre en los programas de salud y educación sexual.

Se considera de gran importancia que se prepare a los adultos, padres y profesionales para enfrentarse a los casos de abuso. Estos mismos autores, formulan las siguientes recomendaciones que les permitan actuar ante un posible caso de abuso sexual infantil:

- Propiciar la confianza de los niños y escucharles. Padres y educadores deben animarles a hablar (“ten confianza en mí”, “puedes contarme lo que sea”, “Quiero escuchar lo que me quieres decir”, “yo puedo ayudarte a solucionarlo”).
- Creer al niño. No hay que cuestionar la veracidad de los hechos porque cuando los niños cuentan un abuso, no mienten prácticamente nunca.
- Decirle que no es culpable. Casi siempre muestran sentimientos de culpabilidad, por lo que es muy importante dejarle claro que él no tiene ninguna culpa, que el responsable es el agresor (“Tu no has hecho nada malo”, “No es tu culpa”, “Tu no has podido evitarlo”).
- Hacer que se sienta orgulloso por haberlo contado. Quienes comunican estos hechos son valientes (“Estoy muy orgulloso de ti por habérmelo contado”, “Has sido muy valiente al contarme esto”).

- Asegurarle que no le ocurrirá nada. que el abuso no se repetirá y no habrá represalias (“Ahora que me lo has contado, ya no volverá a suceder”)
- Decirle que saldrá adelante. (“Se que ahora te sientes mal. pero te vamos a ayudar para que vuelvas a sentirte bien”)
- Expresarle afecto. Necesitan sentirse seguros y queridos, sobre todo en situaciones traumáticas como en los casos de abusos sexuales.
- Hablar de lo ocurrido y del agresor. El niño debe reconocer sus sentimientos. Hay que animarle a hablar del abuso y hablar del agresor como alguien que necesita ayuda (“¿Quieres contarme cómo ocurrió?, “Te ha hecho algo malo. pero él también necesita ayuda para que no lo vuelva a hacer”)
- Comunicar el abuso a la familia o a los Servicios de Protección de Menores. Hay que informar a la familia de lo ocurrido cuanto antes, para que busquen la ayuda necesaria y protejan al niño para que el abuso no vuelva a producirse. Si el abuso es intrafamiliar. se debe informar a un familiar directo diferente del agresor. En estos casos conviene seguir el caso. llamando a la familia o concertando entrevistas con ella para comprobar si está intentando resolver el problema o si se está ocultando o negando. como ocurre muchas veces. Si está implicado el padre, hay que comunicarlo a los Servicios de Protección de Menores para evitar que los miembros de la familia se organicen y silencien el abuso.

CAPITULO V

TRATAMIENTO DEL ABUSO SEXUAL

Es esencial que el terapeuta considere el proceso de sanidad planteado en base a las necesidades que para el paciente son necesarias. para ello ⁵⁵MacDonald, Lambie, y Simmonds (1995) proponen un modelo de tratamiento que abarca a todos aquellos que de alguna manera se vieron afectados por el abuso sexual.

El modelo propuesto por dichas autoras sugiere que se planeen etapas de tratamiento que faciliten la recuperación. Las etapas que más frecuentemente contribuyen en el proceso de recuperación son : (1) Reconocimiento de que el abuso sucedió, (2) Tomar la decisión de recuperarse, (3) Hablar a otros sobre el abuso, (4) Responsabilizar al verdadero culpable. (5) Trabajar con las pérdidas y tristezas, (6) Expresar furia o enojo, (7) Trabajar a través de las dificultades causadas por el abuso y (8) Construir un futuro.

El hecho de presentar en esta forma las etapas no quiere decir que estas deban seguirse en ese orden. de hecho se sugiere planearlas con base a las necesidades y habilidades del paciente para superar cada una de ellas. Asimismo, es aconsejable agregar alguna otra según convenga a la particular situación. Ésto por que durante el proceso puede haber etapas más significantes para el paciente que no necesariamente deben ser las mencionadas.

⁵⁵ MacDonald, Lambie y Simmonds (1995) Counseling for Sexual Abuse, Oxford University Press

Cabe aclarar que la terapia del abuso sexual incluye un significativo componente educacional. El tener dicho conocimiento, como terapeutas, ayuda a los pacientes a comprender su experiencia así como recibir una perspectiva diferente de lo que les sucedió. Al mismo tiempo que al terapeuta le proporciona la habilidad para enfrentar las diversas situaciones que el abuso implica dentro de la sociedad con el propósito de aliviar los conflictos que este abuso genera en sus pacientes.

5.1 Evaluación del Programa de Tratamiento

En el problema del abuso sexual sobre niños son diversas las variables que actúan, y que influyen sobre la respuesta del menor respecto a la situación de agresión. Una de esas variables esta relacionada con los recuerdos del abuso. Es muy importante distinguir entre quienes no recuerdan el abuso y no han sido afectados seriamente por éste, de quienes son afectados, pero que se las han arreglado para bloquear sus recuerdos. En este caso vale la pena aclararles que el tratar el abuso no es causa para sentirse culpable o para ser criticado, haciendo de esta forma posible el que ellos puedan dar significado a sus recuerdos dolorosos en una sola etapa que le permita atender otras áreas de su vida.

En el caso de descubrimiento y atención inmediata es importante comprender que el proceso evaluativo, así como el propio tratamiento implica al niño y a la familia (Browne y Finkelhor, 1986. Glaser 1991 citados por ⁵⁶Vázquez 1995)

⁵⁶ Vázquez M. (1995) Agresión Sexual, Evaluación y Tratamiento en menores. Siglo XXI Madrid, España.

En base a lo anterior hay que determinar cuáles fueron las circunstancias sociales concretas dentro de la cual se ha llevado a cabo el abuso. Para ello se exponen las posibles relaciones que la familia establece en torno al abuso:

- La familia se encuentra fuertemente involucrada y afectada por el abuso en forma crónica y en torno a éste se establecen pautas de relación anómalas y una cohesión patológica. Esto puede ser el caso de la relación incestuosa.
- La familia no ejerce un abuso sexual directo sobre el menor, pero sí algún tipo de abandono material y/o emocional que ha favorecido o permitido que el niño haya sufrido un abuso de tipo paidofílico en su entorno.
- Este abuso ha ocurrido de forma continuada en el tiempo, generalmente el agresor suele ser un conocido de la familia o una persona que se relaciona familiarmente con el menor.
- El abuso ha ocurrido de forma única o esporádica y ha sido rápidamente conocido por la familia, que hasta entonces presentaba pautas funcionales de comunicación con el menor.

En cualquiera de los casos, lo cierto es que a partir del “descubrimiento” del hecho, todos los miembros de la familia presentan algún grado de deterioro emocional que les hace a ellos mismos susceptibles de tratamiento, pues de otra forma los propios mecanismos de reacción emocional no harán sino acentuar y agravar las secuelas emocionales que actualmente presenta así como las secuelas futuras.

La evaluación del niño y su entorno supone siempre una primera intervención, donde a menudo la faceta puramente evaluativa se complementa con el proceso psicoterapéutico. En este

caso el profesional, debe tener presente que él mismo está actuando como una variable dentro del proceso terapéutico y que la familia en su totalidad se encuentra ya afectada por este hecho.

De igual forma, una evaluación apropiada puede servir en un sentido positivo de clarificación real de la situación, atenuando las principales y repetitivas defensas en torno al hecho, las cuales son, principalmente: negación, disociación autoculpabilización en el niño; así como negación y autoculpabilización en los adultos.⁵⁷(McDonald, Lambie y Simmonds 1995)

Ante un caso de abuso sexual se debe siempre seguir un cuidadoso proceso de evaluación por pasos.

1. Analizar las variables externas a la víctima:

- Determinar si hay sospecha de abuso o si se ha descubierto.
- Qué tipo de experiencia vivió, frecuencia, duración y contenido
- Cuáles eran los factores contextuales, como la dinámica familiar anterior al descubrimiento.
- Aspectos relativos al descubrimiento como la reacción familiar (hiperprotección, autoculpabilidad, negación, etc)
- Medidas preventivas urgentes (medidas de tratamiento y medidas legales)

2. Analizar las variables internas al niño:

⁵⁷ Op cit p 48

- Síntomas actuales: Ansiosos y depresivos principalmente. Auto agresividad o agresión generalizada, sexualidad inapropiada, etc.
- Mecanismos de defensa subyacentes y relativos a la situación de abuso: Negación, Disociación y Autoculpabilización
- Reacción al descubrimiento: Negación/retractación. Exacerbación de los síntomas actuales y mecanismos de defensa.
- Aspectos relativos a la edad, sexo y estado psicoevolutivo del menor.

Las conductas y antecedentes que se deben tener en cuenta, pueden a su vez ser observados según los diferentes modelos evaluativos, influidos más por posiciones ideológicas que fundados en hallazgos científicos, que favorezcan unas u otras perspectivas. Los principales modelos enunciados en la literatura psicológica son los siguientes:

- Modelo sistémico:* Centrado en la familia y en sus mutuas relaciones. El abuso, sea cual sea su forma y dirección, sólo es el síntoma de una familia disfuncional (Bentovin, 1988 cit. Por ⁵⁸Vázquez 1995)
- Modelo feminista:* Éste modelo esta centrado en la idea de que el hombre posee cierto poder sobre su entorno social y familiar el cual debe ser erradicado ya que tal idea propicia las situaciones de abuso tanto sobre el niño, como sobre la mujer, esto como la expresión de una situación que existe aún cuando no haya abuso sexual. La propuesta en

⁵⁸ op cit p 49

este modelo es redirigir y corregir este desequilibrio abusivo, actuando a nivel social y emocional (⁵⁹McLeod y Sarga, 1988, cit por Vázquez 1995)

- c. *Modelo traumatogénico*: Se concentraría primariamente en el niño, pues es él la víctima principal del abuso. Las respuestas individuales del niño, sus necesidades emocionales y sociales se situarían en primer plano de actuación. ⁶⁰Finkelhor (1988).

En este último modelo la evaluación se realiza en base al síndrome postraumático, y concluye que el modelo postraumático sería insuficiente en la observación de todos los aspectos de la experiencia abusiva. En su lugar propuso el modelo traumatogénico siguiente, fundado en cuatro dinámicas subyacentes a todo tipo de abuso:

- a. Sexualización traumática e inapropiada del niño por parte del adulto.
- b. Abuso de confianza y trasgresión de los roles adulto-niño, con traición expresa de la confianza y la seguridad que el menor debe esperar del adulto.
- c. Proceso de una progresiva estigmatización y vergüenza propias ante el entorno social.
- d. Vivencias de impotencia e incapacidad de manejo de la situación. Pérdida de control intolerable en el ambiente.

A lo anterior habría que añadir los efectos devastadores del secreto impuesto por el abusador sobre la víctima. Este aspecto propicia en el niño fuertes sentimientos de temor paralizante y aislamiento de su entorno que el niño siente hasta su descubrimiento.

⁵⁹ ibid

⁶⁰ Finkelhor (1988) The trauma of child sexual abuse: Two models, in G.E. Wyatt y G.J. Powell (comps.), *Lasting effects of child sexual abuse*. Londres. Sage. pp 61-68

Una vez evaluadas estas necesidades según el esquema contemplado anteriormente, se debe establecer el programa propiamente dicho, el cual, esquemáticamente, se compone de los apartados siguientes:

- Aspecto educativo: Informativo
- Aspecto psicoterapéutico: Estrategias, tipo de terapia a seguir Terapia individual y Terapia de grupo (familiar o de iguales)

Hay que señalar que las diversas intervenciones no se realizarán de forma secuencial sino a veces de forma simultánea y/o paralela.

CAPITULO VI

EL PROCESO TERAPEUTICO

Un modelo de terapia básico abarca tanto a niños como adultos. El tratamiento terapéutico pasará siempre por la elaboración previa de un adecuado Programa de Intervención Individualizado, pues las variables y necesidades concretas de los pacientes hacen imposible la aplicación de una intervención estándar.

6.1 Las metas del tratamiento

Las metas del tratamiento son siempre las mismas. Básicamente se necesita actuar sobre las defensas que la víctima ha creado ante el abuso y sobre los síntomas actuales. Esto exige un tratamiento individual y de grupo.

Para poder entender la problemática del paciente es necesario aclarar aspectos esenciales que envolvieron al abuso sexual. Es por ello necesario establecer los pasos que permitan proveer una guía que ayude a describir todo lo sucedido. La siguiente lista tiene un orden lógico que permite comprender los detalles de cada una de las etapas.

1. Reunirse con la familia / paciente, formando una relación y un contrato para trabajar juntos.

2. Obtener un resumen de la historia del abuso. Para hacer una evaluación inicial del grado del trauma y determinar cual será el trabajo con la familia y en forma individual.
3. Autorizar al paciente a tratar con el abuso. Con el propósito de brindar al paciente la seguridad de que es capaz el mismo de trabajar con su propio abuso.
4. Examinar los efectos actuales del abuso en la vida del paciente.
5. Examinar los efectos del abuso en el transcurso del tiempo
6. En forma terapéutica atacar la situación de abuso.
7. Preparar para el futuro.

Es importante que cada paso en el proceso terapéutico sea completado antes de moverse al siguiente. Aunque en ocasiones puede suceder que tenga que regresar a alguna etapa anterior o repetir un particular paso un número de veces, quizás emplear diferentes técnicas cada vez.

El tiempo empleado en cada etapa varía entre individuos y dependen de sus necesidades y circunstancias. Aun así, el proceso terapéutico permanece en esencia igual para todos los individuos y el terapeuta emplea su propio estilo en la aplicación de estos durante la terapia.

Cuando el abuso se ha perpetrado dentro de la misma familia, ⁶¹Grosz, Kempe y Kelly (2000) sugieren que este caso una actuación aún más elaborada, donde el propio abusador será una parte del grupo familiar que entraría dentro del tratamiento (esto no siempre es posible).

⁶¹ Gras, Kempe y Kelly (2000) Extrafamilial Sexual abuse: Treatment for child victims and their families. Child Abuse and Neglect vol. 24 no. 1 pag. 9-23 Denver, CO, USA

Al igual que los autores anteriores, ⁶²Vázquez (1995) propone algunas posibles metas de tratamiento para una familia

- ESCUCHAR: invitar a una búsqueda de sentido. ¿Qué es lo que siente el niño? (culpa y vergüenza, ante el placer eventual conocido), ¿Qué es lo que sienten los miembros de la familia? (Ambivalencia frente al niño y al abusador: vergüenza, alteración de la propia imagen. ¿Qué es lo que siente el abusador? (vergüenza, incompreensión, revuelta, depresión y sentimiento de vacío).
- Fomentar la prohibición
- Sancionar al abusador
- Hablar; fundamentalmente sobre el ser humano, la sexualidad, la ley y las transgresiones. Para trabajar con el niño es necesario clasificar, situar su responsabilidad, el lugar del placer y el derecho a autoprotegerse.
- Informar sobre el porvenir.
- Manifestar interés por la persona en general; inducir a actuar, a desarrollar los propios recursos, restaurar la estima de sí mismo. Aquí los miembros deben ayudar a restaurar la imagen de sí mismo en general, y la capacidad protectora.
- Entrenar en comportamientos eficaces; aconsejar, cambiar la vida cotidiana. El niño aprenderá a protegerse mejor, la familia aprenderá a ejercer una función protectora y no hiperprotectora. El abusador asumirá su estado presente, entre otros la separación posible respecto a la familia.
- Restaurar la estima hacia otros miembros de la familia. Procurando evitar la violencia.

⁶² Vázquez (1995) Agresión Sexual. Evaluación y tratamiento en menores. Siglo XXI Madrid, España.

- Acrecentar los lazos exteriores a la familia.
- Buscar nuevas metas, lugares de investigación del Yo y de satisfacción de otros deseos, distintos al abuso.

Una vez clasificadas las metas del tratamiento, se debe elegir las estrategias psicoterapéuticas que mejor se adapten al caso concreto.

En este sentido, cuentan dos factores a la hora de elegir los tipos de intervención psicoterapéutica: La orientación del terapeuta y el niño en su contexto. Sin embargo se ha aconsejado un acercamiento que esté adaptado a las necesidades del menor y que consistiría en una combinación de terapias dentro de las diferentes fases del tratamiento:

- a. *Terapia de apoyo*: Aceptación acrítica en las fases iniciales de la terapia individual.
- b. *Terapia dinámica*: Análisis de las relaciones interpersonales establecidas antes, durante y después del abuso.
- c. *Terapia cognitiva*: Análisis y corrección de las creencias irracionales en torno al abuso.

6.2 Herramientas para la terapia.

Las herramientas para la terapia facilitan el cambio esperado por el paciente. Este cambio inicia cuando se reconoce que hay diferentes formas de pensar, sentir o actuar en una situación particular. Mucho del trabajo con familias, niños y adultos abre nuevas perspectivas y respuestas. Esta información puede ser en forma de palabras, conductas y respuestas

emocionales o físicas. Todo esto involucra un intercambio de información entre una idea o una respuesta y otra.

Para ayudar al paciente se le informa que se usará un rango de herramientas diferentes. Las técnicas más comunes que pueden ser usadas para los grupos de todas las edades e individuales, de pareja y familiares serían las siguientes:

SEMBRANDO IDEAS

Sembrando ideas ⁶³(Haley 1980) fue un método usado por Milton Erickson, particularmente durante la inducción de hipnosis el mencionaba una idea y después la desarrollaba, haciendo una suposición o sugerencia que surgía por casualidad. Es así que con el paso de las subsecuentes sesiones se siembran ideas concretas que van a la mente del paciente. Por ejemplo, se pregunta ¿Cómo te engañó? Tales preguntas sirven para plantear o 'sembrar' ideas en el paciente con cierto truco que le permita reconocer que el no fue responsable por lo que pasó. Se les da la oportunidad tanto al paciente como a los miembros de la familia a sembrar información sobre el abuso y sus efectos. Esto es particularmente necesario para contrarrestar las creencias inútiles que han adoptado en el círculo familiar, en donde se culpan unos a otros por el abuso, también provee la oportunidad de expresar su sentir abiertamente acerca del problema. Mas aún, se pueden expresar límites o riesgos en un argumento adecuado para ellos. Cuando están listos para escuchar toda esta variedad de información la idea se desarrollará en sus mentes.

⁶³ Haley (1980) Terapia no Convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson. Amorrortu Editores. Buenos Aires.

Para que este trabajo funcione es necesario antes una nueva comprensión de la investigación en cada uno de los temas que se toquen. Este inicial intercambio de ideas es probablemente la primer gran etapa en el cambio de percepciones.

REDEFINICIÓN

Esta técnica se refiere a la redefinición de los significados o creencias asociadas con una conducta en particular ⁶⁴(Watzlawick 1974) Esto ayuda a los supervivientes y sus familias a redefinir la conducta en una forma más valiosa. Por ejemplo, los padres quienes se culpan ellos mismos o a su hijo por que no fue capaz de revelar el abuso mientras estaba sucediendo se les puede decir: 'Su hijo realmente quería cuidarlos, el obviamente quería protegerlos del disgusto y de lastimarlos tras tener el conocimiento de lo que le estaba sucediendo'.

Para mucha gente la palabra 'abuso' en si misma puede formar una nueva forma de comprender la situación. El superviviente puede describir como fue abusado y a partir de esto comenzar a considerar las formas en que el abuso pudo afectarlo. El puede identificar por ejemplo cómo el abuso ha influido tanto en la percepción de si mismo y en el modo en que interactúa con otros. Al principio pueden tener la sensación de sentimientos inexplicables, definiéndose así mismos como neuróticos o locos, pero ésto les ayuda a comenzar a verse a si mismos como personas normales, que responden al abuso en una forma muy normal. Sentimientos tales como dolor, enojo y confusión toman un papel más sensible en este contexto. Con esta nueva comprensión ellos se dan cuenta de que el progreso y la sanidad son posibles.

La técnica de redefinición se usa en situaciones donde el paciente está enfocado en sus sentimientos negativos y no acepta sus logros positivos. Esta técnica es por lo tanto, una herramienta que facilita al paciente a tener una perspectiva más valiosa, ya que el terapeuta toma la historia de los hechos y les da una interpretación en forma diferente de lo que harían los pacientes. No se trata de engañarlos o convencerlos de algo que ni el mismo terapeuta cree. Simplemente se le proporciona otro marco que se adapte a la experiencia de las víctimas, permitiéndoles construir una comprensión diferente del abuso.

NORMALIZACIÓN

El concepto de normalización puede ser atribuido a la palabra de Milton Erickson usada por los terapeutas de su tiempo. Erickson le da el significado de 'normal' al proceso humano ordinario.⁶⁵ (Haley 1980). Él creía que toda la gente tiene un deseo natural de progresar y de ser sano. Mientras que al mismo tiempo pueden, inadvertidamente, crear dificultades para sí mismos, la gente no escoge tener problemas sin embargo, tratan sus preocupaciones en su propio estilo. Conociendo esto se le puede dar valor a la comprensión de muchas de las conductas problemáticas de los pacientes como conductas normales o simple evitación para dar respuestas en ciertas circunstancias que los rodean .

La herramienta '*normalización*' es una forma de redefinir la conducta, las creencias, emociones o respuestas físicas que podrían, de otra manera estimarse como patológicas. El círculo vicioso, por ejemplo, puede ser usado para describir un proceso por el cual pequeños

⁶⁴ Watzlawick y Fish (1974) "Change: Principles of Problem Formation and problem Resolution". Norton & Co, New York

⁶⁵ op cit p 59

indicios pueden conducir a problemas inevitablemente mayores. Esos problemas pueden estimarse como respuestas normales a la predisposición de eventos.

Durante las épocas de estrés en el ciclo natural de la vida, hay puntos transitorios en el ciclo de la vida familiar, que pueden crear dificultades incómodas por las que no es responsable. Asimismo, experimentar problemas como un resultado de abuso sexual puede ser estimado como respuesta normal ante una situación anormal y terrible.

Debido a que esta herramienta ayuda a remover culpas y patologías, se considera esencial para la terapia del abuso sexual. Varios sobrevivientes de abuso desarrollan percepciones de sí mismos como personas diferentes o anormales por que lo que les ha sucedido y muchos de los posibles efectos de abuso pueden ser en cierto modo patológicos lo que les reafirma la creencia de que están enfermos. Tales efectos podrían incluir ansiedad, dificultades sexuales, alucinaciones, síntomas psicósomáticos, dificultad para expresar enojo, y evitación de relaciones íntimas.

Es mucho más útil ver esos problemas como respuestas totalmente normales al abuso, más que como síntomas de una persona defectuosa o enferma. Este enfoque permite a la terapia proceder en un modo que autoriza al paciente a tratar con sus problemas, antes que se defrauden así mismos. También permite al paciente verse como una persona normal quien será capaz de moverse a una vida normal, ésto cuando el tema relacionado con el abuso es resuelto. Una vez que se le ayuda al paciente a reconocer la naturaleza del abuso, es posible normalizar sus respuestas ante éste.

EXTERNALIZACIÓN

Una de las técnicas descritas por ⁶⁶White (1989) y que es de gran ayuda es la externalización. En la que se involucra la separación del paciente con el problema, el cual se ha estimado como un defecto personal, con el propósito de que se convierta en un reto para ser superado. Mediante la conversación un reto ocupa el lugar de un sentimiento malo acerca de si mismos. El cliente escapa de la patología y aumenta su capacidad para hacer cambios.

Externalizar un problema muchas veces involucra la utilización de adjetivos o verbos dentro de un sustantivo. El sustantivo le ofrece una existencia en si misma que separa la preocupación individual. Por ejemplo, se puede responder al paciente, quien dice 'Me Siento avergonzado' mediante preguntas tales como:

¿Cómo te afecta la vergüenza en este momento de tu vida?

¿Cómo influye esta vergüenza en tu forma de sentir sobre ti mismo?

¿Esta vergüenza debilita o fortalece tus relaciones?

¿A quien se debe la vergüenza?

Asimismo, se podría responder a las quejas sobre un niño quien constantemente se lamenta.

¿Qué tipo de problemas se crean con sus lamentaciones?

¿Hay algún momento en que las lamentaciones no sean un problema?

⁶⁶ White, M. (1989) "The externalizing of the problem and the re-authoring of lives and relationships". Dulwich Center Newsletter (summer 1988-89) Dulwich Center Publications, Adelaide.

¿Sería distinto tu hogar si se controlara el nivel de lamentaciones?

Siempre es útil separar a la persona del problema, aunque solo respecto a alguna respuesta de abuso, que puede ser externalizada, por ejemplo, culpa, enojo, miedo o ansiedad. Cualquier conducta que llama la atención por la forma en que les afecta puede ser externalizada, algunas de esas conductas podrían ser: mojar la cama, huidas de casa, etc.

En particular la externalización puede servir con niños quienes responden bien al control de cambios de un 'temperamento difícil' o un hábito difícil de cambiar. Ayudar a separar a un niño de una conducta problema también ayuda a unir a los padres.

El uso del lenguaje en la externalización, da las señales que diferencian el problema y le permiten al paciente utilizar los recursos para tratar con los efectos del abuso y que previamente no han sentido la capacidad para controlar. Es aquí que debe reconocerle que son competentes y que tienen control sobre sus propias vidas para tener mejores sentimientos de sí mismos. Uno simplemente se dedica a asistirlos y apoyarlos para que después ellos mismos sean capaces de hacer los cambios.

RESULTADOS UNICOS O EXCEPCIONES

Otra forma de ayudar al cliente a desarrollar nuevas percepciones de si mismos es la descrita por ⁶⁷White (1989) 'como resultados únicos' o 'excepciones'. Resultados únicos o excepciones son los periodos de tiempo cuando los problemas no ocurren. El superviviente de abuso podría, por ejemplo, controlar los síntomas de ansiedad, hacer una declaración asertiva de sus propias necesidades en lugar de sentimientos de insuficiencia o resistencia a permitirse sentir amor propio y autoestima, mediante la realización de algunas cosas que les harían sentir mejores consigo mismos. Dirigiendo su atención a esas ocasiones es una forma de ayuda al paciente a desarrollar un perspectiva diferente de los eventos en el pasado. Así, ellos comienzan a proporcionar información acerca de si mismos que previamente habían ignorado. Mediante la ayuda el cliente cambia de una inútil y negativa percepción de si mismos y del su abuso, a hacer cambios en su conducta y proceso en su sanidad.

CUESTIONARIOS QUE PROVOCAN NUEVAS PERCEPCIONES

Algunas veces es bastante duro destacar los únicos resultados de las implicaciones que pueden ser apreciadas por un paciente o familia. Es poco útil, por ejemplo, solo decir al paciente sus habilidades, porque ellos pueden fácilmente minimizar información que no se adapta a su propio punto de vista. A menudo ésto es más efectivo para ayudar al cliente a hacer sus propios descubrimientos mediante preguntas que le ayudan a examinar sus problemas. Por ejemplo, un paciente masculino quien se culpa así mismo por no haber sido capaz de prevenir el abuso infantil, podría ser interrogado con las siguientes preguntas:

¿Piensas que tu sobrino de 10 años podría estar asustado si su maestro trato de abusar de el?

¿Piensas que debe estar realmente confundido por lo que pasó?

⁶⁷ Op cit p 63

¿Crees que sentiría que se va a meter en problemas si no hace lo que el le había mandado?

¿Qué le dirías acerca de como habría sido para ti cuando tu estabas en esa edad?

Otro ejemplo es la mujer quien se siente insuficiente como un resultado de su abuso y quien consecuentemente se estima a si misma como ineficaz cuando trata con figuras de autoridad. A través de un cuestionamiento, se pueden obtener detalles sobre las ocasiones en que ella ha sido capaz para establecer límites claros, manejando su atención a hechos que ella previamente no habló. Se le podría ayudar a recordar por ejemplo , la época en la que fue clara y asertiva con un padre, compañero, un maestro, un dependiente o con el terapeuta.. Mas preguntas pueden ser realizadas enfocadas a aquellas que permitan al paciente verse así mismo a través de ojos diferentes, por ejemplo:

¿Crees que se dio cuenta cuando hiciste eso?

¿Piensas que hacer eso le hará entender que él no te puede obligar?

¿Qué piensas que eso me hace pensar de ti?

¿Piensas que tu abuela estaría orgullosa si pudiera ver como no permites que te humillen?

CUESTIONARIOS SOBRE LA INFLUENCIA DEL PACIENTE EN EL PROBLEMA

Otra forma de cuestionar puede ayudar al cliente a hacer descubrimientos acerca de si mismos mediante el interrogatorio sobre los efectos de el abuso y el grado de control que ejercen

sobre algún problema específico. Esas preguntas son similares a las que ⁶⁸White (1989) refirió como preguntas de 'influencia relativa'. Las cuales destacan el hecho que un paciente probablemente sienta más control de su vida al mismo tiempo, y se abruma más por los problemas de otros. Se le ayuda a identificar algo que les podría ayudar a hacer una diferencia entre tiempos buenos y malos. Una vez que el paciente reconoce que puede ejercer alguna influencia sobre un particular problema, entonces pueden empezar a planear formas de incrementar esa influencia.

Las preguntas que se podrían hacer serían:

En una escala del uno al diez. ¿Cuanto control tienes sobre tu agresión ahora?

¿Cuán a menudo piensas que la agresión ejerce control sobre ti?

¿Pudiste limitar la cantidad de bebidas alcohólicas esta semana aunque bebiste fuera de control la semana pasada? ¿Qué hiciste diferente?

¿Cuántas veces te ganó tu mal temperamento en esta semana? o ¿Cuántas veces perdiste por completo la paciencia?

¿Cuántas veces te sentiste enojada pero lograste controlar el temperamento?, ¿Cómo lo lograste?

¿Por qué orinar en la cama es un gran problema en casa pero no en la casa de nana? ¿Cómo es que logras no orinar en la casa de nana?

¿En que porcentaje de tiempo te sientes en control de la depresión?

¿Cuándo son las ocasiones cuando la depresión se apodera de ti?

¿Qué sería necesario para que tuvieras 10% más control sobre la depresión?

⁶⁸ White (1989) "The externalizing of the problem and the re-authoring of lives and relationships". Dulwich Center

DESARROLLO DE NUEVAS HISTORIAS

Es frecuente en terapia envolver una combinación de las ideas mencionadas anteriormente, para crear una historia diferente sobre la vida del paciente. Las historias dominadas por experiencias de impotencia y fracaso son reemplazadas por historias que se caracterizan por ser fuertes y exitosas. Las historias dominadas por los efectos del abuso sexual pueden ser reemplazadas por historias de supervivencia y triunfo sobre el abuso. Es de gran ayuda que el paciente informe cosas de si mismo y de su experiencia que no se había atrevido a informar, para desarrollar una nueva percepción y una nueva conciencia de sus propios recursos.

Esta herramienta es el medio por el cual los pacientes pueden reorganizar la historia de su experiencia.

AFIRMACIÓN

Para Milton Erickson (⁶⁹Haley 1980) hemos heredado una creencia que la gente más probablemente cambia sus sentimientos cuando éstos son buenos acerca de si mismos lo cual complementa una esperanza acerca de su futuro. Es por ello que frecuentemente el terapeuta debe decir y comentar aquella idea, acción o cambio que son de gran ayuda para la rehabilitación del paciente. En esta forma se destacan las fuerzas, sucesos y progresos en la terapia con el fin de ayudarles a informar logros que podrían de otra manera ser ignorados y para ellos sean capaces de hacer y trabajar por ellos mismos.

Newsletter. (summer 1988-89) Dulwich Center Publications, Adelaide.

⁶⁹ Op cit p 59

La afirmación es una forma de manifestar respeto por el paciente y juega una parte vital en la complementación de la terapia. Es necesario trabajar con esta herramienta a través de todas las etapas de la terapia.

METÁFORA TERAPÉUTICA

Al igual que otras técnicas que ayudan a desarrollar nuevas percepciones, la idea de la metáfora terapéutica fue originada por Milton Erickson. Esencialmente involucra conexiones entre dos diferentes personas, objetos, eventos o condiciones.

Aquí se usa una descripción de una cosa en términos que son literalmente aplicables a otro término, como 'el amor es ciego' o 'la vida es una lucha'. El escoger cuál de las dos cosas son comparadas es obviamente crucial. Esto hace una enorme diferencia al cambiar el amor como mágico, en guerra o como una locura. La metáfora no es solo una decoración del lenguaje sino una forma de pensar sobre algo. Implica una perspectiva particular que provee información y oculta información. Comparar el amor con la guerra por ejemplo, resalta una perspectiva del amor pero priva de mirar otras perspectivas muy diferentes. La metáfora puede por lo tanto influir y limitar nuestras perspectivas y respuestas.

Al disfrazar el uso de una metáfora por otros significados como 'la vida es una batalla', por 'la vida es un reto' o 'la vida es un regalo' se abre la posibilidad de nuevas perspectivas y diferentes respuestas. Esto les permite meditar acerca del abuso sexual, acerca de si mismos y acerca de la vida. La metáfora es una forma de proveer nueva información que sea capaz de cambiar un aspecto perceptual en cada paciente y en las respuestas emocionales y conductuales al abuso.

Otra forma de usar la metáfora es contar historias. Superficialmente la historia puede ser sobre una persona, objeto o situación, y esta actúa como una alegoría para otros. La historia podría ser manejada como la vida del paciente, del terapeuta o la historia de otro cliente o miembro de la familia, estas podrían involucrar gente famosa, mitos, fábulas, fantasías, bromas, ficción o realidad. La selección de la historia usualmente contiene una sugerencia acerca de los diferentes modos de pensar o actuar.

En otra variación, las historias metafóricas acerca de una persona, animal u objeto puede emparejarse a la propia historia del paciente finalizando en el mismo modo pero haciendo una diferencia en el comienzo

Con el fin de apoyar al paciente a hablar sobre el abuso se hace un metafórico tratamiento al ofensor. Esto se aplica particularmente con niños. Una historia puede ser contada sobre otro niño, títere, juguete, etc, que fue abusado y varias muñecas, juguetes o dibujos se pueden escoger para representar los roles del ofensor y la víctima. El ofensor puede ser tratado apropiadamente y el niño puede rescatar y consolar. En esta situación, los sentimientos de dolor y enojo pueden ser expresados tan libremente como si el paciente se estuviera refiriendo directamente a su propio abuso.

En la metáfora se puede incluir escenas de rescate que involucre un héroe o súper hombre que sea versión del paciente. Las historias caracterizadas por alguna forma de rescate de la persona que inicia el abuso provee un desenlace diferente de la historia real y les permite desarrollar un sentido de poder y control que previamente no se había experimentado.

CAPITULO VII

TERAPIA FAMILIAR

El secreto es lo que permite que el incesto ocurra y se repita en una familia. Es por ello que romper con éste es el objetivo principal de un tratamiento terapéutico exitoso. Mantener abiertos los canales de comunicación es lo que permite a las familias incestuosas correr menores riesgos de recaída.

En este apartado es necesario referirse al niño en su contexto, pues el daño emocional ocurre dentro de unos patrones de relación familiar y perifamiliar, donde la distinción entre abuso familiar y extrafamiliar, no es imprescindible dentro del abordaje psicoterapéutico. ⁷⁰(Grosz Kempe y Kelly 2000)

Aunque hablamos de “terapia de familia”, el trabajo con el niño abusado y el entorno familiar no es necesariamente sinónimo de terapia familiar.

Partiendo del principio, diremos que la preocupación inmediata del niño en el momento del descubrimiento del abuso se sitúa entorno a las consecuencias inmediatas de la revelación. las cuales serían:

1. Las respuestas de las personas significativas.

⁷⁰ Grosz, Kempe y Kelly (2000) Extra familial Sexual Abuse: Treatment for child victims, and their families. Child Abuse and Neglect. Vol. 24 no. 1 pag. 9-23 Denver CO USA

2. Aspectos legales, incluyendo la posibilidad de testificar en los tribunales.
3. El futuro de la familia, su estructura e incluso el hogar y la carrera profesional futura.

El trabajo y tratamiento con la familia debe iniciarse de forma individual; cuando se han alcanzado ya ciertas cuotas de restablecimiento, como modificación de la negación y expresión del abuso por parte del niño, pasaremos a una segunda fase por díadas según ⁷¹Vázquez (1995), de relaciones significativas, ejemplo: cuidador-abusador, cuidador-niño, abusador-niño. Sin embargo, este trabajo se irá ampliando y la familia deberá ser observada en su conjunto en algún momento del proceso psicoterapéutico.

Para poder acercarse al contexto del niño se debe tomar en cuenta que hay dos factores que influyen en este y son:

1. El hecho de la negación
2. La naturaleza de las relaciones entre personas significativas para el niño y el abusador.

Pero la negación del abusador tiene otra importante implicación como es la de influir en la falta de credibilidad de los demás adultos, y por tanto incide en la seguridad y bienestar del niño.

Estos adultos del entorno próximo, cuidadores, relaciones significativas, etc. tienden a su vez, a no creer las alegaciones de los niños. Las motivaciones que se esconden detrás de esta falta de credibilidad generalizada se parecen en parte a las del propio abusador y siguen la dinámica que se especifica:

1. La creencia se acompaña de un profundo sentimiento de culpa por haber fallado en la protección del niño, una sensación de dolor relativa al sufrimiento y posible trauma, así como también la preocupación por el futuro desarrollo emocional del menor.
2. También puede despertar el abuso actual el recuerdo de abusos pasados en los adultos.
3. A veces supone una separación del abusador con las dificultades socio-emocionales asociadas (caso de padres incestuosos).
4. El no creer al niño implica también autoprotección (no responsabilidad en el suceso).

Como reacción a la negación y la no creencia, los niños a veces se retractan en un intento de negar una realidad intolerable. Esta forma de adaptación puede finalizar estableciéndose como un patrón a largo plazo y provocar graves secuelas en la personalidad adulta futura.

Dentro del trabajo con la familia o contexto del niño, habrá que realizar un acercamiento a las relaciones pasadas que favorecieron en el abuso. Dentro de estas relaciones, un aspecto fundamental a tratar es el marcado contraste de comportamiento que el abusador suele presentar durante y fuera del abuso (abuso familiar o perifamiliar). Estos contrastes confunden al menor que ve así deterioradas:

- Su confianza en el abusador
- Su autoestima
- Su capacidad de control del ambiente.

⁷¹ Vázquez M. (1995) Agresión Sexual, Evaluación y Tratamiento en Menores. Siglo XXI Madrid, España.

Además, ya se ha comentado que el abusador suele comportarse de diversas formas, unas veces persecutora otras protectoras con el menor, lo cual probablemente provoque un efecto más devastador a nivel emocional.

El siguiente aspecto a tener en cuenta dentro del contexto es el cuidadore/es no abusador/es, generalmente la madre, en ocasiones madre y padre de forma simultánea.

El sentimiento del niño respecto al cuidador que ha fallado en su protección, suele ser de rechazo franco o velado. Esta actitud se justifica en parte por las características de las que se ha hablado sobre el riesgo que existe entre las familias incestuosas en la que se puede incluir el caso de la madre emocionalmente ausente.⁷²(Hopper 1994)

En general, dentro del tratamiento del niño en su contexto se buscará la modificación de las pautas disfuncionales de relación que en el pasado permitieron el abuso mediante una reequilibración de poderes en la familia, una definición clara de roles, modificación de cohesiones o alianzas patológicas entre sus miembros, y todo ello en marcado dentro de un programa que incluya medidas tendentes a favorecer el enraizamiento social del niño y la familia.

Las ideas familiares sobre el abuso sexual y su reacción emocional pueden recibir una gran influencia y comprensión en donde puede influir la forma que el abuso es percibido por una persona quien fue abusada. El tipo de información apropiado que necesitan los miembros es aquel que permita a la familia ser capaz de combinar efectivamente para así lograr que el problema se maneje, se ignore o se rechace.

En el trabajo con niños hay que reconocer que la familia frecuentemente ejercerá una influencia mayor que el propio terapeuta. Por eso es esencial que se trabaje simultáneamente con la familia, ayudando a los miembros de ésta a desarrollar ideas y habilidades que facilitarían tanto la recuperación del niño como la de la familia.

El trabajo con la familia también es bastante útil para los sobrevivientes de abuso, ya que éste involucra a los padres en la terapia o bien a los hermanos o a los hijos. En algunos casos un amigo o amigos pueden tomar roles del caso. Muchos miembros de la familia han sido afectados por el abuso y son una posición para ayudar o estorbar en la recuperación del sobreviviente.

Una de las tareas importantes del terapeuta en la intervención familiar es asegurar que se escuchen unos a otros. Esto puede ser difícil, particularmente cuando está presente un fuerte grado de stress y/o un conflicto. Es esencial que el terapeuta mantenga control de la sesión estableciendo guías que permitan a cada uno hablar, sentir respeto y sentimiento de seguridad.

⁷³MacDonald, Lambie y Simmonds (1995) proponen una estrategia del trabajo dividida en (1) La Intervención, (2) El Marco de Trabajo, (3) La Etapa Intermedia, y (4) Finalización.

7.1 La Intervención inicial

Durante la primera intervención es necesario negociar con la familia la forma relevante en que se manejará la terapia. para ello es valiosa la información que proporcione el trabajador social o cualquier otro profesional que conozca del problema primero. De hecho ellos podrían

⁷³ Hooper (1994) Madres Sobrevivientes al abuso sexual de sus niños. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires

sugerir quiénes participarán en esta primera entrevista familiar. Con el propósito de reconocer quien recibirá la atención y cómo será atendido.

Cuando se trabaja con niños es posible notar que al principio la aparente preocupación es el niño. sin embargo, en el transcurso de las primeras sesiones se tocan temas sensibles que son discutidos y dirigidos mediante la observación de los adultos y del niños separadamente.

En esta etapa no es aconsejable tener al niño y al ofensor juntos a menos que el ofensor sea un hermano mayor. entonces se haría una excepción común ya que en esta etapa se dan los parámetros acerca de cómo se trabajará, esto asumiendo que ambos, ofensor y niño viven en el mismo hogar.

También se sugiere incluir al cuidador, a menos que éste sea el ofensor, a los padres si estos se han separado, en este caso podría ser apropiado para ambos el tratamiento ya que es de mucha ayuda si ambos están involucrados con el niño. con la capacidad de cooperar con cada uno. y de sentirse a gusto juntos. Cuando los padres se han separado y no pueden asistir juntos a la terapia se separan la sesiones.

La familia usualmente decide si los hermanos necesitan ser involucrados en la terapia. Generalmente. quienes son mayores comprenden bastante lo que sucedió y estan concientes de éste. se les debe interrogar para atención en la intervención inicial. Los niños mayores en particular son frecuentemente afectados por el abuso de un hermano y el conocimiento que ellos tienen respecto del abuso permite asegurar cuáles fueron los hechos que sucedieron.

⁷³ op cit p 48

Cuando se trabaja con adultos sobrevivientes de abuso sexual se les aconseja asistir solo a la primer sesión o con la compañía de familiares o amigos.

En la intervención familiar existen varios puntos a tratar lo primero es identificar cómo han sido afectados los miembros a causa del abuso, quién necesita más ayuda, qué siente la familia respecto del sobreviviente, quién esta en la posibilidad de ayudar, qué ayuda o información necesita la familia para facilitar el proceso de recuperación.

Muchos de los temores de las familias se deben a la falta de información o comprensión, mientras algunos miembros de la familia pueden negar o minimizar los efectos del abuso. Es por ello que el aspecto educativo coloca a los miembros de la familia en una mejor posición para ayudar al sobreviviente.

Mientras se comparte información con la familia una parte esencial de la intervención inicial es que las sesiones familiares no deberían cambiar una lectura o monólogo de el terapeuta, más aún es darles la oportunidad para ver hechos e ideas en las preguntas que se realizan y esto se logra mediante la herramienta que se refiere a sembrar ideas.

En esta intervención se les enseña a los familiares cómo pueden ayudar al sobreviviente, también se les ayuda a establecer guías que les permitan establecer contacto con el ofensor, se les anima a expresar sentimientos y proporcionar apoyo, a manejar la culpa, las heridas, el enojo y las dudas, se ayuda a los miembros de la familia a hablar sobre sus temores.

Asimismo, el terapeuta debe proveer palabras tranquilizadoras de que el sobreviviente puede conducir una vida normal, proporcionándoles las herramientas que les permitan comprender que como personas responden en forma normal ante el abuso.

Otra cosa importante es conducir el conflicto entre los miembros de la familia sobre la responsabilidad. Esto debido a que el estrés que produce la revelación del abuso en una familia, genera fuertes emociones como enojo, responsabilidad y culpa contra si mismos, o contra el sobreviviente o algún otro. Cuando este estrés está presente, se recalca que la persona responsable del abuso es el abusador y ningún otro tiene la culpa como para que se enojen entre ellos.

Cuando se carece del apoyo del padre no abusivo quien culpa tanto al padre como al niño o simplemente no le cree, hace que se genere una situación difícil tanto para el sobreviviente como para el terapeuta. Esta situación puede surgir en el trabajo con niños y con adultos quienes fueron abusados como niños. Con la posibilidad de que solo sea un problema temporal, una etapa en el difícil proceso de encaminar los términos con el abuso sexual. Algunas veces esto puede cambiar arraigando todo el tiempo ideas de ayuda firmemente, es por ello que la respuesta del terapeuta puede ayudar o entorpecer la habilidad de ese padre para reconsiderar su posición. Sería un error del terapeuta enojarse con el padre no abusivo con quien no puede trabajar de forma efectiva. El enojo en este caso, puede ser interpretado de tal forma que el padre no abusivo tome un papel mas a la defensiva sobre sus creencias, colocándose en una posición de alianza con el abusador. La información que es rechazada no facilita cambios, entonces la primer necesidad a satisfacer, es comunicarse efectivamente con el padre no abusivo con el propósito de proyectarle comprensión.

El descubrimiento del abuso puede ser devastador para la familia, particularmente cuando el abusador es un miembro de la familia o un amigo cercano a ésta. Frecuentemente los miembros de la familia experimentan una sensación de crisis en sus vidas, que les hace tener una visión del mundo y de ellos mismos radicalmente alterados. Es por ello es necesario apoyar a cada miembro de la familia que han tornado su propias vidas como parte del abuso.

No es tan común que un miembro de la familia revele durante la intervención inicial que también ha sido víctima de abuso sexual, en este caso se evalúan cuáles son las necesidades de ese miembro para proporcionarle la ayuda que necesite dentro y fuera de la terapia familiar.

Por otro lado es necesario hacer que la familia logre autoafirmación, para ello es de mucha ayuda afirmarles todos los pasos positivos que deberán tomar. Un ejemplo sería felicitar a la familia por haber creído al niño la revelación que hizo, dándole toda la responsabilidad al ofensor.

El proporcionarles la información apropiada les permite enfrentar los efectos del abuso, apoyando al niño cuando éste presenta conductas producto del abuso, pero también amonestándolo cuando estas conductas son inadecuadas.

Por último en esta etapa se les debe proporcionar información acerca de las opciones que hay para atender el caso, esto implica instituciones especializadas, así como los procedimientos legales que se deben seguir. Junto con esto se les anima a hablar del abuso, explicándoles cuál será el proceso terapéutico que se seguirá. Es muy importante asegurarles que todos y cada uno estarán seguros de ahí en adelante.

7.2 El Marco de trabajo

En la entrevista inicial que sigue después de una revelación del abuso sexual de un niño es potencialmente difícil unir a la familia con el terapeuta. Para lograr esto primero y superar esta etapa crítica es necesario comprender y manejar una estructura específica en la que se pueda sugerir los pasos estratégicos así como el tipo de preguntas que se manejarán.

La primer tarea del terapeuta durante la entrevista inicial es:

- Unirse con cada miembro de la familia
- Obtener una historia de la revelación
- Obtener una historia del abuso
- Evaluar los efectos del abuso en el niño y en la familia
- Asegurarse que se atribuya la responsabilidad al perpetrador
- Dirigir los miedos de la familia para el futuro
- Dirigir las necesidades de los miembros de la familia quienes han tenido una historia de abuso.
- Asegurarles la seguridad de todo lo que les preocupa
- Afirmarles actitudes positivas y resaltar razones para tener optimismo
- Establecer un contacto para futuras sesiones.

7.3 Etapa Intermedia de tratamiento

Mediante la conclusión de la primera etapa de intervención es posible reconocer cuánto trabajo requerirán las necesidades de la familia.

Cuando se trabaja con niños es de mucha ayuda dedicar algunos minutos con los padres al inicio y al final de cada sesión para captar como sigue el curso de las ideas en el hogar y para proporcionarles tanta información como sea posible sobre el progreso del niño en la terapia. Esto permite a los padres confiar en el terapeuta así como prepararlos para las reacciones que como padres pueden experimentar en casa. Asimismo, se sugiere hablar con el niño antes que termine la terapia sobre las cosas que él autoriza al terapeuta para hablar con los padres asegurando así que existe confianza y confidencialidad.

En el caso de que los padres o el terapeuta necesiten algo más que unos pocos minutos antes y después de la sesión del niño, podría ser necesario reunirse para comentar lo que sucede en casa, para ayudar a los padres a tratar con sus propios asuntos o ayudarlos a ayudar al niño. Esta situación requiere de un trabajo en equipo en el que ocurre que los padres son tratados en forma separada o bien juntos.

7.4 Finalización

La finalización de terapia con niños o adolescentes termina con una sesión familiar que incorpora los pasos vistos anteriormente en este capítulo. Algunas de esos pasos no son tan apropiados en el trabajo con adultos supervivientes, pero cuando estos han involucrado a

miembros de la familia se puede incluir una sesión solo con los miembros más relevantes, lo cual sería muy valioso. Tal sesión podría cubrir específicamente asuntos en funcionamiento en terapia, pero pueden también incluir algunas otras funciones.

En esta etapa de finalización se hace una explicación de lo que ha sucedido en la terapia, particularmente con niños. Esto permite hacer una retroalimentación de las cosas que puede hacer la familia en forma más específica.

También es importante que se analicen, las conductas que han surgido tanto en la casa como en la escuela, asegurarse que los miembros de la familia han recibido toda la ayuda que necesitaban, si quedan algunos temores, las preocupaciones relacionadas con el futuro del niño. Así también, es necesario ayudarles a reconocer el cambio para generar la tranquilidad que necesitan, para ello es bueno asegurarles que ahora el/los niño/s está/n a salvo.

No hay que dejar pasar asegurarse que los padres cuentan con la información necesaria para enfrentar y superar el abuso, que la familia necesita afirmación que les permita tratar con la dependencia y finalmente prepararlos para el futuro.

CAPITULO VIII

TERAPIA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

Tanto niños como adolescentes requieren de una intervención en grupo, esta ha sido muy utilizada como medida de tratamiento en niños y adolescentes que han sufrido de abuso sexual. Algunas ventajas fundamentales de esta técnica son:

1. Contrarrestar el aislamiento.
2. Destruir la creencia de que un menor que sido abusado, puede ser reconocido de forma instantánea por cualquier persona.

La pertenencia a un grupo cuyos miembros han sufrido abuso, brinda a los menores la oportunidad de descubrir y establecer una nueva y identidad personal. Cuando comparten las experiencias abusivas fija una identidad que les ayuda a mejorar la autoestima (probablemente por la situación de poder y control que se devuelve al menor). Esto actúa en círculo sobre la autoculpabilización y la depresión, haciendo que estos dos aspectos mejoren.

En el grupo se facilitan otros aspectos como son la discusión y educación en torno a la sexualidad normal.

Durante la terapia se lleva a cabo un aspecto preventivo que es el aprendizaje vicario este se realiza a partir de las experiencias de los otros sobre cómo reconocer a tiempo los mensajes sexuales de los adultos.

Aquí el terapeuta tiene la oportunidad de observar al niño entre iguales, y a partir de esto realizar un programa de evaluación y tratamiento de las necesidades particulares que se observan para ese niño.

Aunque las circunstancias del abuso son muy variables, se piensa que en general ayuda mucho al menor el no quedar aislado, y por tanto, casi invariablemente, es aconsejable la terapia de grupo (con niños que presentan la misma problemática).

Los grupos de niños suelen establecerse por franjas de edad y sexo según diversos autores.

Hasta los 7 años, los grupos son intersexo, de breve duración y ofrecen la posibilidad de un acercamiento dinámico al tiempo que una oportunidad educacional.

Entre los 7 y 13 años, los niños se agruparán por sexo, la terapia será de más larga duración, y ofrecerá una oportunidad más minuciosa de análisis.

Otro grupo estaría conformado por sujetos de 13 años en adelante se formarán grupos de adolescentes, también divididos por sexos. Estos son grupos de larga duración y de características similares. Es necesario destacar que los grupos de varones presentan mayor

dificultad que los grupos de jovencitas: debido en principio a que presentan trastornos mayores de conducta y también porque tienen una mayor dificultad en hablar directamente de sus problemas y experiencias.

Un temor corriente en muchachos víctimas de abuso, y también de abordaje dentro del marco de la terapia individual, consiste en que el abuso implique una orientación homosexual permanente. Este miedo se encuentra fundado en la creencia de que la víctima ha sido "especialmente" elegida por el abusador en base a determinadas características propias. Este aspecto es erróneo, pues a pesar de "elegir" generalmente entre sujetos que pertenecen a grupos de riesgo por sus características psicosociales, lo cierto es que los agresores sexuales de niños se proponen diversas víctimas como objetivo. También actúa como factor propiciante de ésta creencia la misma experiencia de la penetración anal, la cual lleva al chico a considerarse a sí mismo como automáticamente "transformado" en homosexual.

Dentro de la terapia, pueden aparecer dos creencias irracionales en los chicos, las cuales se deben considerar como objetivo de modificación: (1) que han sido especialmente elegidos y (2) que son de hecho homosexuales.

Además, distinguiendo por sexos, en general los chicos suelen presentar mayores niveles de trastorno que las chicas y por tanto necesitan mayor cantidad de trabajo psicoterapéutico.

Sin distinción de sexo, señala ⁷⁴Glaser (1991) que necesitarán más terapia individual: Aquellos niños que han sufrido un abuso sexual mas intenso y aquellos niños que tras el descubrimiento experimentan una dificultad mayor en alcanzar los niveles (defensas) de adaptación.

8.1 Tratamiento para niños

La terapia en este caso pretende que el niño sea capaz de describir el abuso y sus sentimientos sobre esta experiencia. El hablar sobre el abuso formaría parte de la primera etapa donde es necesario romper el secreto y el sentimiento de aislamiento que lo acompaña.

La re-experimentación de los sentimientos de abuso es una pieza clave dentro de la terapia individual. Por ello es necesario ser muy cuidadoso a la hora de conseguir esta "re-experimentación". Dado que uno de los aspectos traumatogénicos del abuso en sí ha sido la pérdida de poder del menor, por lo que hay que procurar no forzar al niño, intentando ofrecerle la posibilidad de elegir a quién (si hubiera un equipo) y cuándo hablará sobre su experiencia.

La negación es otro de los mecanismos de defensa básicos del niño abusado. Si el abuso ha sido crónico y de larga duración, éste mecanismo estará mejor instalado, mientras que en niños pequeños la negación cubrirá sólo aspectos parciales como negación de su importancia, relevancia y severidad.

⁷⁴ Glaser (1991) "Treatment issues in child sexual abuse". British Journal of Psychiatry. no. 159 pp 769-782

La negación, además, se encuentra en el menor francamente influida por la respuesta del entorno ante el descubrimiento acentuándose en función de las consecuencias psicosociales inmediatas que hayan ocurrido (retirada de afecto de personas relevantes como la madre, retirada del niño del hogar, estigmatización escolar, etc.)

La negación de la víctima, puede entenderse en su forma más simple como el mecanismo mediante el cual la cognición "ésto no puede estar ocurriéndome a mí", se convierte en "ésto no me ha pasado a mí".

El tratamiento de la negación es más fácil con niños que con adultos, en ésta se ofrecen alternativas tolerables de aceptación de los hechos, fundamentalmente atacando toda una serie de creencias irracionales al respecto, como por ejemplo: "Estas cosas no les pasa más que a los niños malos", "Estas cosas no las hacen los padres", "Cuando a un niño le pasa ésto es porque se lo merece", "Si esto pasa voy a destruir a mi familia", Etc.

Además, hay que tener en cuenta la "negación" es un mecanismo de defensa aprendido, que frecuentemente es utilizado por las familias en la resolución de todo tipo de conflictos. Cuando el abuso se ha dado de forma crónica dentro del núcleo familiar, las familias, sin excepción, aportan algún tipo de justificación racional al abuso cuando lo observan o lo aceptan como merecido, no intencional y olvidable. En esta caso, el terapeuta debe observar cómo las pautas de negación se mantienen de forma intrapsíquica e interpersonal.

Un tercer aspecto fundamental en el tratamiento individual sería la autoculpabilización. Las ideas mas frecuentemente asociadas a los sentimientos de culpa son:

1. Haber participado en una actividad prohibida.
2. Disfrutar de ella ocasionalmente o de alguno de sus aspectos.
3. Haber permitido que el abuso continuase.
4. No haber denunciado antes los hechos.
5. Mantener sentimientos ambivalentes hacia el agresor.

La culpa es un aspecto que deja secuelas emocionales más difíciles de erradicar, aún a pesar del fuerte deseo y necesidad de ayudarles a experimentar alivio tras haber revelado el abuso.

La expresión y solución de otros conflictos, como vergüenza, angustia y miedo de haber sido dañado física y emocionalmente son síntomas del abuso menos severos y que pueden resolverse sin excesiva dificultad, dentro del marco psicoterapéutico individual.

Para aspectos relacionados con la culpabilización del niño, quizá sea más adecuado esperar resultados positivos dentro de otra fase del tratamiento como, por ejemplo, la terapia de grupo.

8.2 Herramientas para el trabajo con niños

Dado que los niños no tienen las mismas habilidades verbales que los adolescentes y los adultos, la terapia con ellos va más allá del lenguaje verbal y se vale de varias formas de expresión y comunicación. En esta se pueden utilizar trabajos con letras escritura, juegos con muñecas y títeres usando plastilina, arena, barro y agua, el juego de roles y la grabación de videos.

Investigaciones realizadas por ⁷⁵Resick y Schnicke (1990) sobre las formas más efectivas de terapia, concluyeron que las técnicas que hacen repasar las memorias emocionales coinciden con las técnicas que dirigen el razonamiento y el sistema de creencias. Estas son probablemente más efectivas en un proceso individual. Para ello se requiere utilizar una variedad de herramientas capaces de dirigir varios efectos del abuso sexual y relacionarlas con las percepciones, emociones, síntomas físicos y respuestas conductuales.

Idealmente el terapeuta que trabajará con niños debe decorar atractivamente el cuarto de juego con todas las herramientas necesarias para la terapia con el propósito de hacer está más efectiva.

El juego forma parte de las herramientas de terapia que sirve para obtener la información que ellos mismos no podrían expresar, puede valerse del uso de muñecos tanto femeninos como masculinos de varios tamaños, formas y colores. Esta variedad es necesaria para que los niños puedan escoger entre estos, aquellos que representen a diferentes personas y así actuar varias funciones como abrazar, golpear o tirar por el cuarto, funcionando así como una forma para desahogar sus emociones apropiadamente. Además la anatomía de los muñecos permite conocer como el niño nombra cada parte del cuerpo especialmente los genitales.

El uso de títeres sirve para representar el contexto de abuso y el títere puede preguntarle al terapeuta o directamente al niño, ésto sirve para asegurar una distancia entre el niño y el tema del abuso, para que de ésta manera pueda ser tratado el problema.

⁷⁵ Resnick & Schicke (1990) Training symptoms in adult victims of sexual assault. Journal of Interpersonal Violence, vol. 5 no. 4

Otro método es el uso de dibujos, particularmente es una herramienta muy valiosa porque solo requiere equipo básico. Se puede lograr mucho con marcadores, crayones y papel periódico, un pizarrón también puede ser valioso para trabajar con aquello que no es importante guardar.

En los dibujos el niño puede incluir a la familia, al propio niño, al ofensor, sus sentimientos, lo que sucedió, un rescatador, un héroe imaginario, pesadillas, partes del cuerpo, sucesos que se dieron al final de la terapia.

La plastilina y el barro pueden ser utilizados en varias formas de terapia, como detallar figuras humanas y analizar nombres de las partes del cuerpo, también pueden ser utilizadas cuando un niño necesita expresar enojo o para hacer modelos del ofensor a quien puede apuñalar con alfileres, exprimir o desmembrar.

Cuando un niño encuentra difícil hablar del abuso puede intentar comunicarlo en forma escrita. Se le invita a hacer listas de cosas buenas o malas del ofensor, cosas que le gustan y que no le gustan de su familia, que completen una lista de ideas tales como "soy bueno por que..." "que puedo hacer para que no me lastimen" "a quién le digo cuando estoy preocupado", etc .

Existe otra herramienta llamada Métodos de Acción en donde se dramatiza con el fin de proporcionar poder y autoridad al niño para ayudarlo a disminuir la sensación de incapacidad o impotencia inherente por la experiencia de abuso. Los métodos de acción están constituidos por disfrazamiento en donde el niño usa la máscara de algún héroe que representa en terapia y después se le anima a que mantenga su papel de héroe en casa.

La catarsis también pertenece a este tipo de métodos y es la forma más efectiva de expresar enojo. Una vez que el niño ha descrito los detalles del abuso se le anima a que libremente exprese sus sentimientos relacionados con este. Cuando la catarsis no es suficiente para el niño, entonces se recurre a la herramienta ‘escenas de rescate’ en donde el niño por medio del dibujo y la escritura desarrolla la imagen de una persona completamente poderosa que ayuda al niño a tomar un rol.

El uso del video permite al terapeuta grabar el drama bajo el método de acción en forma más vivida. Esto se puede manejar bajo la dimensión de estar grabando una película de cine, lo cual ayuda al niño a darle mayor significado ya que pueden verse así mismos varias veces en el rol de poderosos rescatadores, lo cual les sirve para asimilar y reforzar el mismo mensaje.

En el proceso de terapia con niños es importante elaborar un plan con las etapas necesarias. Algunas ideas se enlistan en orden lógico y son:

GUIAS GENERALES: Proporcionar seguridad, tener un propósito y proveer alguna dirección, aumentar las oportunidades, hacer preguntas cuidadosas.

ESTABLECIMIENTO DE VINCULOS: Ganarse la confianza del niño, orientarlo en el proceso terapéutico. garantizarle confidencialidad, comunicarse al nivel del niño, buen sentido del humor, fomentar el progreso del niño.

HISTORIA Y EVALUACIÓN: De los recursos personales del niño, las reacciones ante el abuso, su sistema social, la relación con el ofensor y el progreso de la terapia. En lo que respecta a la familia, como percibe ésta el abuso, los efectos del abuso, la relación dentro del sistema

familiar, la relación que tienen con el ofensor, sus recursos completos y los indicadores para la terminación de la terapia.

FOMENTAR PODER EN EL NIÑO: Poner al niño en contacto con su propia fuerza, crear un ambiente de seguridad, identificar un héroe, luchar con los miedos, creatividad en el uso de las herramientas de terapia, tratar con la culpa y la vergüenza, respetar el ritmo del niño.

EXAMINAR LOS EFECTOS DEL ABUSO: Verificar si están ocurriendo los efectos todo el tiempo.

TRABAJAR SOBRE EL ABUSO EN FORMA TERAPEUTICA: Describiendo el abuso, usando la catarsis, las escenas de rescate, verificando cuáles restos del trauma quedan vigentes.

PREPARAR PARA EL FUTURO: Destacar los cambios logrados, Asegurar que el niño tiene la suficiente información que le proteja.

8.3 Temas de terapia con adolescentes

La adolescencia es una época en la que los sentimientos relacionados con el previo abuso sexual puede surgir, con un nuevo significado, dado el desarrollo de la sexualidad y la madurez cognitiva. Es también una época donde los jóvenes experimentan contacto con la conducta sexual y son particularmente vulnerables al abuso por conocidos.

Cuando el adolescente busca ayuda, se utiliza el mismo proceso terapéutico utilizado para niños y adultos. Las herramientas terapéuticas son también utilizadas en la misma forma que

los otros grupos. Sin embargo, hay un número de temas específicos para trabajar con ellos así como algunos efectos que manifiestan, los cuales deben ser tratados cuidadosamente.

Los efectos del abuso en los adolescentes serían: reducido amor propio, poca autoestima sexual, auto-culpa, confusión acerca de la orientación sexual, conducta sexualizada, explosiones sexualizadas o conducta abusiva, abuso de sustancias, auto-lesiones, desordenes alimenticios, depresión, ansiedad, fugas o huidas, agresividad, conducta antisocial, dificultades sexuales, enojo contra el padre no abusivo y dificultad para relacionarse.

Algunos de los temas que vale la pena tocar durante el proceso terapéutico para adolescentes, incluyen: El poco deseo de comunicación provoca que el adolescente no desee cooperar, para ello se requiere identificar cuales son sus necesidades y resistencias, una idea que podría funcionar sería hablar abierta y libremente sobre el abuso discutiendo éste sin algún indicio de vergüenza ya que el hacer esto, ayuda directamente a vencer la culpa o pena que sienten a causa del ofensor. En el caso de que no se tuviera éxito de esta forma, se procuraría ofrecer toda la información pertinente sobre los lugares a donde podrían acudir mas tarde cuando el adolescente desee participar.

Otro punto importante es la relación terapéutica la cual establece un vínculo entre psicólogo y adolescente, factor que facilita la cooperación de un trabajo en equipo. Es por ello tan útil propiciar un ambiente de confidencialidad en el que se establezcan reglas que permitan ganar la plena confianza del adolescente para que este pueda hablar de todo lo que siente y piensa.

Una vez que se ha logrado es necesario establecer un contrato que permita mantener un nivel de concentración en la terapia, le ayude al adolescente a realizar una especie de auto-

revelación que les permita hablar de lo que ellos mismos han hecho con su sexualidad. Cuando se ha logrado establecer estos parámetros en donde la honestidad está presente se organiza un sistema de apoyo que sirva a los adolescentes a sentirse menos aislados social y emocionalmente. También es sumamente importante ser flexibles en cuanto a la distribución y comodidad del centro donde se realiza la terapia ya que deben tomarse en cuenta las características de los participantes.

Algo que podría ser útil es animar a los adolescentes a ser acompañados por algún amigo de quien se siente identificado, ya que éste podría aportar información sobre los recursos que tiene disponibles el adolescente .

Otras de las cosas que deben analizarse con los adolescentes es la respuesta que están dando a la terapia, así como ayudarles a manejar su vulnerabilidad de sentirse responsables o de culparse a ellos mismos por el abuso.

Por otro lado, algunos adolescentes sobrevivientes de abuso sexual temen que puedan convertirse en abusadores. Es por ello que el terapeuta necesita convencer claramente al adolescente que el es responsable por su conducta y que una historia de abuso no es una excusa para abusar de otros.

Cuando hubo una excitación sexual al tiempo del abuso puede ser causa de extrema ansiedad o vergüenza para un adolescente. Algunas veces es de mucha ayuda para normalizar ésto un signo de que su cuerpo está trabajando como debe, que éste tiene la habilidad para responder ante la sexualidad en una reacción ante la estimulación.

CAPITULO IX

TERAPIA CON ADULTOS

Los efectos de abuso sexual pueden repercutir en la vida adulta de diversas formas y por ello se requiere tener presente cuáles formas de intervención funcionan para cada caso. Hay que reconocer que un cambio puede generarse solo cuando se admite que hay diferentes formas de pensar, sentir y actuar en cada persona ante alguna situación en especial. Se requiere concentrar la atención en presentarles la información que abra nuevas perspectivas para responder.

9.1 Tratamiento para Supervivientes

Como ya se ha mencionado, es importante para el terapeuta que al trabajar pueda tener un amplio conocimiento de las herramientas para la terapia y las razones serían por qué algunas herramientas son más apropiadas para un grupo de edad en particular. Precisamente las que se presentarán aquí son más adecuadas para los adultos y para algunos adolescentes. Estas se aplican a los adultos que fueron abusados cuando niños y que abusaron más recientemente en sus vida adulta.

La forma de responder de los pacientes ante algunos métodos es muy diferente entre si, incluso el sentirse cómodos con algunos de ellos varía mucho. Es por ello necesario preverse con una variedad de opciones que permitan al paciente escoger aquellos con los que se sentirá a gusto. Esta es una buena oportunidad para otorgarle poder a quien a causa del abuso se siente impotente o incapaz.

La elección de las herramientas también puede variar entre terapeutas, dependiendo de su percepción acerca de cuál es mejor y eso depende de su estilo personal, su cognición y sus áreas de competencia y confianza.

Algunas de las herramientas que se describirán más adelante y las que ya se han descrito son valiosas para alguna etapa en particular o para varias en el proceso terapéutico.

La variedad de formas en que los adultos han sido afectados por el abuso sexual habla de otra variedad de respuestas. Es por ello necesario dirigir las herramientas hacia alguna creencia específicas y hacia respuestas emocionales o hacia síntomas físicos y conductuales.

Una revisión de las investigaciones sugiere que la combinación de terapia que involucre actividades de memoria de el abuso con una terapia que dirija bastante ayuda a las ideas que existen sobre este, produce probablemente a una mejoría mas efectiva que ambos tipos de terapia por separado ⁷⁶(Resick & Schinike 1990) Es por ello adecuado combinar diferentes ideas para hablar con el adulto sobre su experiencia de abuso con las ideas que maneja a un nivel más cognitivo que desencadene en las percepciones del paciente de el abuso y sus efectos.

Para los adultos que han sido traumatizados por el abuso, una importante parte de la terapia es hacer que ellos se sientan capaces de ver directamente la experiencia de abuso y expresar los sentimientos que este le genera. Así el paciente realiza grandes pasos de salud mental que toma cuando revisa las escenas de abuso y se rescata a sí mismo bajo un sentido de baja capacidad

⁷⁶ ibid

asociada con el abuso.. Esta retraumatización puede ocurrir si los recuerdos del abuso incrementan la sensación de impotencia previamente experimentada.

⁷⁷MacDonald, Lambie y Simmonds (1995) proponen un número de métodos destinados a ayudar al paciente en la fase de experimentación del abuso en una forma que es tanto segura como efectiva. El terapeuta puede escoger la técnica que parezca más apropiada para un paciente en particular o puede usar una variedad de técnicas en diferentes tiempos con la misma persona. Esas técnicas son totalmente usadas para crear una experiencia diferente del abuso.

Los diferentes métodos que se usan comúnmente en la terapia de abuso sexual con adultos son enlistadas a continuación:

- Construcción de una parte poderosa de sí mismo
- Identificarse como una persona poderosa
- La escena de rescate--- Dibujo y Métodos de Acción
- Fantasía
- Solución hablada
- Ejercicios escritos
- Parando el Pensamiento
- Prevención del Suicidio
- Tratando las dificultades sexuales
- Manejo del estrés

⁷⁷ op cit pag. 48

- Ejercicios de relajación
- Sujetar un recurso
- Disociación Quinestesica visual
- Hipnosis

9.2 Tratamiento para Ofensores

Son muchos los factores que contribuyen en la conducta sexualmente abusiva y un procedimiento de evaluación puede identificar los factores específicos que operan en cada ofensor de manera individual. Para ser efectivo un tratamiento debe ser comprensivo e involucrar una combinación de métodos que dirijan las creencias, emociones, conductas y dificultades en el estilo de vida.

El tratamiento de los ofensores difiere de otras formas de terapia por que el terapeuta toma una postura no negociable contra la conducta abusiva del ofensor. Esto involucra un delicado balance entre la formación de una relación terapéutica y la confrontación de la negación. Para que esto pueda desarrollarse mejor es necesario la supervisión con otros terapeutas quienes se han especializado en la terapia del ofensor para adecuadamente reunir sus necesidades.

Si el ofensor no recibe tratamiento el patrón ofensivo probablemente continuará. Alrededor de un periodo de tiempo un abusador puede cometer cientos de ofensas. Dado que

para el ofensor hay una gratificación inherente en cometer el acto es necesario se plantee el tratamiento de éste como de mayor importancia en la prevención de abuso sexual.

Para tratar a un ofensor es importante realizar una evaluación que puede tomar lugar en tres o cuatro sesiones, una vez que se hayan establecido el rapport y la confianza.

La evaluación es un proceso terapéutico que comienza con la primera información que recibimos, y termina con el último contacto con el ofensor. Esto debe estar listo de tal modo que facilite el éxito de los objetivos del tratamiento.

La evaluación inicial depende de los recursos disponibles, la habilidad del terapeuta y si el terapeuta esta planeando tratar al ofensor o enviarlo a otra agencia de servicios especiales. Por ejemplo, un trabajador social en una agencia para adolescentes y familia solo puede determinar que el abuso ha ocurrido, mientras un terapeuta quien trabaja con ofensores sexuales busca determinar las causas para desarrollar un plan de tratamiento. A través de la evaluación se requiere dinero, tiempo y un especial esfuerzo.

La evaluación de los ofensores sexuales debe incluir tres importantes áreas:

- Actitudes y creencias
- Su propia sexualidad
- Habilidades sociales

Actitudes y creencias. La actitud del abusador para sus ofensas es un factor importante para ser considerado. Inicialmente más ofensores niegan el abuso, mientras que algunos minimizan el alcance y la seriedad de éstos efectos. Algunos niegan haber tenido fantasías acerca de los niños, y algunos niegan haber planeado la ofensa. Negar y minimizar son respuestas típicas de los ofensores para una revelación, y son probablemente causas suficientes para continuar en tratamiento. Ese tipo de respuestas son en gran parte motivadas por el temor de las posibles consecuencias, las cuales pueden incluir encarcelamiento o rechazo de la familia. La vergüenza y la culpa pueden también influir en sus respuestas. Es importante, distinguir que previo al tratamiento, la vergüenza y la culpa usualmente se relaciona con una auto-lastima, por las consecuencias en las que se encuentran, lo cual es suficiente por la herida que han causado a sus víctimas.

Sexualidad. Aquí es importante obtener tanta información como sea posible acerca de las experiencias y preferencias sexuales. El terapeuta investiga la historia y calidad de sus experiencias sexuales. ¿Cual fue su primer experiencia sexual? ¿A que edad sucedió? ¿Qué otras experiencias sexuales ha tenido? ¿cuál fue la edad relativa de sus compañeros/víctimas? ¿Han tenido relaciones sexuales con iguales, previo consentimiento? ¿Cómo fue para él y cómo lo considera? ¿Cuánta experiencia sexual han tenido? ¿Si han sido víctimas de abuso sexual? ¿cómo identifica su orientación sexual?

El conocimiento sexual de los ofensores y sus actitudes ante éste también son evaluadas. Esto ayuda a determinar que tanto el tratamiento necesita enfocarse en la educación.

La información exacta acerca de las fantasías sexuales que un ofensor utiliza cuando se masturba es esencial para un tratamiento efectivo. Esto provee una indicación de algún patrón de excitación desviado, particularmente la excitación sexual en las fantasías con niños. Asimismo, tales fantasías envuelven el uso de fuerza que puede ser reforzada mediante masturbación hasta violencia inicial como parte de la conducta sexual. Las fantasías por lo tanto juegan un mayor papel en el desarrollo de prácticas sexuales desviadas, por que son combinadas con masturbación para una baja resistencia a las ideas que tienen que ver con las relaciones sexuales con los niños.

Habilidades sociales. La forma en que el ofensor se presenta asimismo en la terapia es una situación algo tentativa para la evaluación de su habilidad social. Idealmente, algunas conclusiones podrían relacionarse con la de otras personas, tales como miembros de la familia, quienes lo ven desde un contexto diferente.

El cuestionamiento puede provocar mas información acerca del número, naturaleza y calidad de las relaciones de los ofensores. Esto ayuda a desarrollar una imagen de sus recursos personales y de algunas dificultades que puede experimentar en sus relaciones con iguales.

La conciencia de algún humor prevaleciente es una importante parte de evaluación en el ofensor. El terapeuta nota, por ejemplo si el ofensor se muestra deprimido, ansioso, aislado, asertivo o agresivo. Es también valioso para evaluar la habilidades del ofensor, para identificar y comprender sus propias emociones, así como su habilidad para hacer los cambios si sus emociones dan lugar al riesgo para otros.

Las herramientas a usar en el proceso de evaluación que permiten adquirir la información principal son: las intervenciones, los logros clínicos, el electro-pletismografo y los cuestionarios.

Durante la intervención se establece un rapport a través de una sesión de consejo. En la que es necesario demostrar interés en el ofensor y así como respeto hacia él como una persona, mientras se deja muy claro que no le vamos a consentir su conducta abusiva. Se le reafirma cualquier signo en el que demuestre que está empezando a ser honesto y a tomar responsabilidad, sin minimizar la seriedad del abuso.

Es importante recabar información acerca de la historia personal del abusador. Esto puede proveer pistas para comprender el abuso, tan bueno como colocarlo en un contexto en el cual se le puede incluir los logros positivos.

Tal como en el trabajo con sobrevivientes, la evaluación involucra una buena colección relacionada con los recursos personales, relaciones familiares, apoyo general y sus creencias acerca del abuso, detalles de las ofensas e información acerca de la situación actual del ofensor, así como el nivel de disposición son tan importantes como buenas.

En los registros clínicos es valioso analizar como se da la revelación del ofensor con los detalles que ofrece la víctima. Frecuentemente éstos detalles pueden ser obtenidos por el terapeuta del superviviente (con el permiso de éste) o de los reportes de las agencias que enviaron al ofensor para recibir tratamiento. Esa información es la que se debe dirigir en el proceso terapéutico.

El electro-pletismografo es una maquina que provee información objetiva a cerca de las preferencias sexuales del ofensor. Se coloca un pequeño instrumento en la circunferencia del pene y este a través de pequeños trazos mide el grado de excitación que le provocan ciertos estímulos. Con el instrumento, se coloca al ofensor en un cuarto a solas, mientras se le presentan diapositivas que típicamente incluyen niños y adultos desnudos, y se mide su respuesta de excitación ante cada una de las diapositivas. Se envía a través de éste instrumento una pequeña descarga eléctrica cada que se manifiesta excitación ante las imágenes infantiles

El programa ideal de tratamiento para los ofensores sexuales involucra una apertura comprensiva en la que se incluye al individuo, a la familia y a un grupo de terapia. Dicha apertura debe ser necesariamente de amplia duración porque el ofensor así lo requiere ya que este no puede ser adecuadamente dirigido por un método.

La terapia individual es usada para dirigir los patrones desviados de excitación, así como temas de autoestima y depresión. La terapia grupal es especialmente relevante para tratar con distorsiones cognitivas tales como "A ella le gusta", "esto no fue serio" o "Yo no haría esto otra vez". Un grupo también provee un lugar para continuar apoyando y motivando. La terapia familiar puede dirigir temas tales como la reintegración del abusador de regreso al hogar, asegurarse de todo lo que concierne a la conducta del ofensor si regresa y apoyo a los otros miembros de la familia. La terapia familiar también puede usarse para dirigir los problemas que no están directamente relacionados con el abuso.

El tratamiento necesita dirigir un número de temas específicos tales como:

- Las distorsiones cognitivas
- Empatía con la víctima
- Patrones que conducen a la ofensa
- Fantasías sexuales
- Educación sexual
- Entrenamiento de Habilidades Sociales y Manejo del enojo
- Rcintegración
- Prevención de Recaidas

CAPITULO X

CONCLUSIONES

Existe una verdadera preocupación por enfrentar el problema del abuso sexual infantil, ya sea por la forma en que éste ocurre o por la forma en que éste deja sus efectos. Un gran número de profesionistas se han dedicado a estudiar tales causas y consecuencias con el propósito de intervenir en el apoyo de quienes viven una experiencia como ésta, la cual ha existido durante la historia de este mundo, pero que sin embargo, no había alcanzado un nivel de preocupación tal que permitiera eliminar el problema en sus habitantes.

Por fortuna la evolución de la humanidad y sus avances científicos han permitido realizar investigaciones que se relacionen con este fenómeno. Dichas investigaciones han tenido una participación mas en especial, por aquellos quienes conforman el área de la salud mental, afirmando que existe un sano desarrollo del ser humano, físico, emocional e intelectual. Han mostrado que para que el ser humano viva sus respectivas etapas en forma adecuada éstas deben ser cubiertas con las necesidades que le corresponden, pero de forma apropiada por parte de su entorno y que la alteración de esas etapas pueden repercutir inmediatamente o en la vida adulta de un individuo, lo cual le impediría alcanzar su máximo potencial así como un desarrollo normal.

El hecho de estimular a un niño con actividades que corresponden a otro nivel de madurez física y emocional propicia el comienzo de la enfermedad mental. Particularmente hablando del

abuso sexual infantil es posible afirmar que desde su inicio se genera una sensación de incomodidad que indica al niño que algo anda mal. sin embargo. el hecho de que un niño sienta plena confianza en los adultos hace que se produzcan sentimientos ambivalentes que a la larga repercuten en diversos sectores de la vida personal de cada individuo. dependiendo de su propia personalidad.

A pesar de que en la actualidad el tema de la sexualidad está muy abierto para ser comentado, existe cierta incomodidad al tocar el tema relacionado con el abuso sexual infantil. Diversas pueden ser las causas por las que la gente evita tocar el tema, podrían ser éstas el haber vivido una experiencia semejante o el simple hecho de que existe una sensación de que el tema es demasiado escabroso para ser tocado.

Lo mas importante de todo esto es que el problema existe y que aquellas personas que están relacionadas con la salud mental deben informarse para saber como enfrentarlo.

El abuso sexual infantil es un problema que necesita ser abordado por medio de un amplio conocimiento que abarque la prevención así como el tratamiento, pasando por el conocimiento de los efectos que genera en sus víctimas, ya que estos efectos pueden repercutir en la vida del paciente, de su respectiva familia o incluso de terceros como la pareja u otras posibles víctimas.

El tratar con el fenómeno del abuso sexual infantil requiere de una amplia capacidad y deseo de rehabilitar a quienes lo viven o lo han vivido. Así como la capacidad para trabajar a nivel multidisciplinario, involucrando todas aquellas áreas que tienen algo que ver con el problema, con el fin de trabajar en equipo ya que el abuso puede ser detectado desde el área

médica o el área escolar, así como el área legal, aunque no necesariamente todos los casos son detectados en esta última área, cabe aclarar que en determinado momento ésta forzosamente participará como parte de la intervención y de la prevención a al riesgo de volver a repetir el fenómeno.

La creatividad es una característica que puede ser de mucha ayuda para un terapeuta que desea colaborar en la intervención de personas que han vivido o están viviendo un caso de abuso sexual infantil, ya que muchas de las herramientas para el tratamiento mencionadas en esta tesina presuponen que del terapeuta deben surgir ideas espontáneas que le permitan alentar aquellas otras técnicas que hayan fracasado.

Asimismo se requiere del terapeuta una especial capacidad de empatía que le permita no solo entender el trauma del paciente, sino apoyarle para que éste sienta que no fue su culpa y que alguien más lo reconoce.

REFERENCIAS

- Araujo, S. (1991) Victimización Sexual Infantil: Implicaciones Sociales y Psicológicas. En Avise Informal. México
- Aarrant, M. & White, Ch (1993) Terapia del abuso sexual. Barcelona. Gedisa
- Basurto, D. & Segura, A. (1998) Prevención del abuso sexual infantil. Tesis de Licenciatura. U.N.A.M. Iztacala. México.
- Cantón D. J y Cortés A. M. (1997) Malos tratos y abuso sexual infantil. Siglo Veintiuno de España Editores. S.A. Madrid
- Cicchetti, D. & Carsoln (1989) Child maltreatment. Theory and research on the causes an consequences of child abuse and neglected. Cambridge University Press.
- Del Campo, A y López, F. (1998) "Jornadas sobre prevención del abuso sexual Infantil" organizadas por Save the Children los días 27 - 28 de febrero y 27 - 28 de marzo de 1998.
- Del Campo, A y López, F. (1997) Prevención de abusos sexuales a menores. Guía para los educadores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Ediciones Salamanca.
- Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud (1998). Documentos técnicos de Salud Pública No. 22. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid.

Finkelhor, D. (1980) El Abuso Sexual al Menor. causas, consecuencias y tratamiento psicosocial
Ed. Pax México.

Finkelhor, D. (1985) Child sexual abuse: A research handbook. Final Report to the National
Center of Child Abuse and Neglect, Nueva York, Free Press.

Finkelhor, D. (1986) Abusers: Special topics. In Finkelhor, D. & Associates. A Sourcebook on
Child Sexual Abuse. Sage, California.

Finkelhor, D. 1988 The trauma of child sexual abuse: Two models, en G.E. Wyatt y G.J. Powell
(comps.), Lasting effects of child sexual sexual abuse. Londres, Sage, pp 61-68

Fontana, V. (1995). En defensa del niño maltratado. México. Pax México.

Furniss, T. (1991)) The Multiprofessional hand book of sexual abuse. New York. Routledge.
Cap 1-4

García, V. (1989) "Patrones de interacción familiar y el abuso físico del niño". Revista
Sonorense de Psicología 3 (2) pp 110-119

Glaser, D. (1991) "Treatment issues in child sexual abuse", British Journal of Psychiatry, vol.
159 pp 769-782.

Grosz, C.A; Kempe, R. S., Kelly, M. (2000) Extrafamilial Sexual abuse: Treatment for child victims and their families. Child Abuse and Neglect vol. 24 No. 1 Pag. 9-23 Denver. CO, USA.

Haley, J. (1980) Terapia no Convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson. Amorrortu Editores. Buenos Aires.

Hooper, C. (1994) Madres sobrevivientes al abuso sexual de sus niños. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires

López, F. (1996) Abusos Sexuales a Menores. Lo que recuerdan de mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Subdirección General de Publicaciones. Madrid.

Mrazek, P., Kempe, C. (1987) Sexually abused children and their families. University of Colorado Health Sciences Center, Denver.

McDonald, K., Lambie, I., Simmonds, L., 1995. Counseling for Sexual Abuse. Oxford University Press. Oxford Auckland New York

O'Connell, M., Leberg, D. (1990) Working with sex offenders. SAGE publications London New Delhi

Pribor, E.F. y Dinwiddie, S.H. (1992) "Psychiatric correlates of incest in childhood" Am. J. Psychiatric, 149(1):52-56

Resnick. P.A. & Schicke, M. K. (1990) Training symptoms in adult victims of sexual assault.
Journal of Interpersonal Violence, 5 (4)

Ross. C.A.; Norton. G. R., y Wozney. K. (1989). "Multiple personality disorder: an analysis of
236 cases". Can J. Psychiatry, 34:413-418

Russell. D.F.H. (1986) The secret trauma: incest in the lives of girls and women, New York,
Basic Books.

Ryan. Gail (2000) Childhood Sexuality: A decade of study. Abuse and Neglect. Vol. 24. No. 1
pp 33-61. Denver, CO. USA

Save de Children (1999) "Visión y Realidad" Informe elaborado por el Grupo de Europa de la
alianza Internacional Save the Children. Mayo del mismo año.

Smith., Letourneau, J., Sunders., Kilpatrick, G., Resnick, S. y Best, L. (2000) Delay in disclosure
of childhood rape: Results from a national survey. Child Abuse & Neglect vol. 24 No.2 pp 273-
287. Department of Psychology, University of Arkansas, Fayetteville, AR. USA

Smith. S., Williams, M., Rosen, K. (1992) Psicología de la violencia en el hogar. Ed. Desclée de
Brouwer S.A. Henao, 6-48009 Bilbao

Thakkar, R., McCanne, T. (2000) The Effects of Daily Stressors on physical Health in Women with and Without a Childhood History of Sexual Abuse. Child Abuse & Neglect, Vol. 24 no. 2 pp 209-221. Dekalb. IL, USA

Turell, S. (2000) Differentiating incest survivors who self-mutilate Child Abuse and Neglect, Vol. 24 No. 2 University of Houston. Houston, TX

Vázquez M, B. (1995) Agresión Sexual. Evaluación y tratamiento en menores. Siglo XXI Madrid, España.

Vázquez, M. B. 1997. "Peritaje psicológico en la agresión sexual infantil". Ponencia presentada en las jornadas de Atención al Abuso Sexual Infantil organizadas por la Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada (AMAIM). En junio del mismo año.

Watzlawinck, P., Fisch, R. (1974). "Change: Principles of Problem Formation and problem Resolution" w.w. Norton & Co. New York

Wite, M. (1989) "The externalizing of the problem and the re-authoring of lives and relationships". Dulwich Centre Newsletter (summer 1988-89) Dulwich Centre Publications, Adelaide.