

01921
159



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**PROPUESTA DE UN MODELO DE INTERVENCION
PSICOTERAPEUTICA EN ABUSO SEXUAL A NIÑAS
Y NIÑOS**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
PRESENTA**

ZORAIDA MELENDEZ ZERMEÑO

**DIRECTORA DE TESIS:
DRA. RUTH L. GONZALEZ SERRATOS**

MEXICO, D. F.

2003

A



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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

PAGINACIÓN DISCONTINUA

A DIOS

**Gracias Dios mío por el amor que me haz mostrado,
por tu estar conmigo en los momentos de luz y en los momentos
de oscuridad, en mis alegrías y en mis miedos.
Por la oportunidad que me das de aprender**

A MI MADRE

**Gracias mamá por tu amor incondicional, por tu servicio prudente
y sabio, por la preocupación que me heredaste de construir
relaciones humanas de paz
Gracias mamá por tu fortaleza, por tu humildad, por tu trabajo
cotidiano, por tu respeto a mi diferencia.**

A MI PADRE

**Gracias papá por el sudor, por el esfuerzo, por tu cansancio.
Gracias por tu alegría, por tus juegos, por la confianza, por el
respeto, por la libertad**

A YOJEBETH

**Gracias por la solidaridad, por la compañía, por tu amor fraternal.
Por tu cercanía a pesar de la distancia, por el ejemplo de fortaleza
y perseverancia que me has dado.**

A EUGENIA

Gracias por tu alegría, por tu vivir en plenitud cotidianamente a pesar de la adversidad, por la dignidad y fortaleza que demuestras ante la vida

A MI ABUELA

Gracias por tu cariño, por tu respeto, por tu sabiduría silenciosa

A MI ABUELO

Abuelo gracias por el amor a Dios que desde pequeña me inculcaste; por el ejemplo de rectitud y honestidad, por tu exigencia y por tu cariño

A CELIA E ISAAC

Gracias por su apoyo, por su cariño, por su respeto, por su ejemplo de amor, perseverancia, a pesar del tiempo y la adversidad. Gracias por acompañarme y ser parte de mi familia

... de un formato electrónico e impreso ...
de mi trabajo reacional.

Zoraida Melendez
Zelmeño
20/Mayo/2003
[Firma]

A MI PASTOR ROLANDO

**Gracias por tu cuidado, por ser ejemplo de amor y servicio a Dios
Por enseñarme que Dios es mucho más que una religión, por
mostrarme a un Dios que me ama incondicionalmente, que me
respeta y me ofrece libertad**

A MARCELA

**Marce, gracias por tu amistad incondicional, por platicar, por
discernir, por llorar, por reír, por disfrutar, juntas.
Gracias por tu calidez, por tu firmeza, por tu sabiduría, al
compartir, al enseñar, al reprenderme**

A EISA Y A MYRIAM

**Comadres gracias por la amistad, por los proyectos juntas, por la
risa, por el compartir, por el viaje de reencuentro en compañía de
ustedes**

A FELIPE

**Gracias por el remanso de amor que cotidianamente me das,
gracias por tu respeto, por tu cuidado, por tu compartir, por tu
ternura, por tu alegría, por tu tolerancia, por la disposición al
cambio que implica el estar juntos**

A RUTH GONZALEZ

Gracias por la oportunidad de desarrollo personal y académico de estos años, gracias por el conocimiento, por la disciplina, por los encuentros y los desencuentros, por el apoyo, por la paciencia y por el respeto a la diferencia.

AL PAIVSAS

(A Mis Compañeras: Elsa R, Victoria, Laura R., Alfredo, Karla, Martha, Angélica, Rebeca, Myriam, Jessica, Marisol, Teresita, Elsa S., Ana Lilia, María, Laura L., Karina D., Gabriela, Fabiola, Paola, Elizabeth, Laura, Paola, Carolina, Karina B.)

Gracias por compartir el sueño de un mundo mejor y más equitativo, gracias por Ser; por aportar, pensamientos, actitudes, afectos, energía, por su diferencia, por la riqueza de sus vidas

A MIS PACIENTES

Gracias por compartir su dolor conmigo, por permitirme aprender de él, por su riqueza, por su valor, por su fuerza, por su capacidad de lucha, de sobrevivencia, de amor, gracias por Ser a pesar de la adversidad

INDICE

Agradecimientos.....	1
Introducción.....	5

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1. Antecedentes históricos.....	10
2. Conceptualización de abuso sexual.....	15
2.1. La víctima.....	23
2.2. El victimario sexual.....	24
3. Concepto de abuso sexual incestuoso.....	27
4. Incidencia del problema.....	28
4.1. Incidencia en México.....	30

CAPÍTULO II: FACTORES SOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL ABUSO SEXUAL

1. Antecedentes históricos de la familia y la opresión de la mujer.....	34
1.1. Teoría materialista.....	34
1.1.1. Familia consanguínea.....	
1.1.2. Familia punales.....	
1.1.3. Familia sindiásmica.....	
1.1.4. Familia monogámica.....	
1.2. Teoría de género.....	37
1.2.1. Intercambio de mujeres.....	
1.2.2. División del trabajo por sexos.....	
2. Conceptualización de familia.....	40
2.1. Influencia cultural en la familia.....	41
2.1.1. Socialización.....	
3. Concepto de violencia.....	43
4. Concepto de violencia doméstica.....	45
Formas de violencia doméstica.....	48
4.1. Maltrato infantil.....	48
4.2. Maltrato a ancianos.....	50
4.3. Violencia conyugal.....	50
4.3.1. Factores psicosociales que intervienen en la mujer maltratada.....	
4.3.2. Factores psicosociales que intervienen en el hombre maltratador.....	

CAPÍTULO III: FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INTERVIENEN EN EL ABUSO SEXUAL

1. Concepto de desarrollo humano.....	56
Crisis del desarrollo.....	56
1.1. Desarrollo psicomotor.....	57
1.1.1. Primera infancia	
1.1.2. Niñez temprana	
1.1.3. Niñez intermedia	
1.2. Desarrollo intelectual.....	58
1.2.1. Primera infancia	
1.2.1.1. Nivel sensorio-motor	
1.2.2. Niñez temprana	
1.2.2.2. Nivel operacional	
1.2.3. Niñez intermedia	
1.2.3.1. Nivel de las operaciones concretas	
1.3. Desarrollo de la personalidad.....	62
1.3.1. Primera infancia	
1.3.1.1. Simbiosis	
1.3.1.2. Separación-individuación	
1.3.2. Niñez temprana	
1.3.3. Niñez intermedia	
1.4. Desarrollo de la sexualidad.....	67
1.4.1. Primera infancia	
1.4.2. Niñez temprana	
1.4.3. Niñez intermedia	
1.5. Pubertad.....	70
1.5.1. Características sexuales primarias	
1.5.2. Características sexuales secundarias	
1.6. Concepto de adolescencia.....	72
1.6.1. Desarrollo intelectual	
1.6.2. Desarrollo de la personalidad	
1.6.3. Desarrollo de la sexualidad	
2. Consecuencias psicológicas del abuso sexual e incesto.....	76
2.1. Crisis externa.....	77
2.1.1. Crisis situacionales	
2.1.2. Crisis de la víctima	
3. Concepto de estrés.....	77
4. Síndrome de estrés postraumático.....	79
5. Síndrome de estrés postraumático en niñas/os.....	80
5.1. Consecuencias psicológicas del abuso sexual e incesto.....	81
5.1.1. Consecuencias a corto plazo	
5.1.2. Consecuencias a largo plazo	

CAPÍTULO IV: MODELOS TEÓRICOS Y CONCEPTUALES EN PSICOTERAPIA

1. Psicoterapia e ideología.....	91
2. Factores determinantes en la comprensión e intervención en salud mental.....	92
3. Aproximaciones teóricas en psicoterapia.....	93
3.1. Modelos psicodinámicos.....	93
3.2. Modelos humanísticos - existenciales.....	97
3.2.1. Humanismo	
3.2.2. Existencialismo	
3.3. Modelos conductuales.....	101
3.4. Modelos cognitivos.....	103
3.5. Modelos sistémicos.....	106
3.6. Intervención en crisis.....	107
4. Psicoterapia en niñas/os.....	108
5. Intervención psicoterapéutica para abuso sexual.....	110
5.1. Terapia de juego con niñas/os víctimas de abuso sexual y/o incesto.....	111
5.1.1. Terapia de juego de diagnóstico	
5.1.2. Terapia de juego forense	
5.2. Niveles de tratamiento.....	112
5.2.1. Nivel 1	
5.2.2. Nivel 2	
5.2.3. Nivel 3	
5.3. Objetivos en el tratamiento en abuso sexual.....	113

CAPÍTULO V: PROPUESTA DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN ABUSO SEXUAL Y/O INCESTO

1.- Intervención y perspectiva.....	116
2.1. Perspectiva sexual	
2.2. Perspectiva sistémica	
2.3. Perspectiva de género	
2. Tratamiento.....	118
3. Nivel 1: Evaluación.....	119
3.1. Fase: Exploración instrumental.....	119
4.1.1. Función de la terapeuta	
3.2. Fase de rapport.....	120
3.2.1. Presentación y comunicación	
4.2.1.1. Objetivos	
4.2.1.2. Técnicas	

3.2.2. Angustia	
4.2.2.1. Técnicas	
3.2.3. Confianza	
3.2.3.1. Objetivos	
3.2.3.2. Técnicas	
3.3. Fase: Exploración observacional.....	126
4. Nivel 2: Terapia de juego de dominio.....	127
4.1. Abreacción.....	128
4.1.2. Liberación emocional activa	
4.1.2.1. Objetivos	
4.1.2.2. Función de la terapeuta	
4.1.2.3. Técnicas	
4.2. Reestructuración cognoscitiva.....	133
4.2.1. Insight	
4.2.2. Poder y control	
4.2.2.1. Objetivos	
4.2.2.2. Función de la terapeuta	
4.2.2.2. Técnicas	
5. Nivel 3: Empoderamiento.....	136
5.1. Autoestima.....	136
6.1.1. Objetivos	
6.1.2. Función de la terapeuta	
6.1.3. Técnicas	
5.2. El cuerpo.....	141
5.2.1. Objetivos	
5.2.2. Función de la terapeuta	
5.2.3. Técnicas	
5.3. Relaciones interpersonales.....	146
5.3.1. Objetivos	
5.3.2. Función de la terapeuta	
5.3.3. Técnicas	
7. Comentarios finales.....	149
Resumen.....	150
Conclusiones.....	160
Aportaciones.....	162
Limitaciones.....	162
Anexo 1: Modelos terapéuticos en terapia de juego.....	I
Anexo 2: Propuesta metodológica (esquemas).....	VII
Bibliografía.....	XIX

INTRODUCCIÓN

La generación de políticas públicas que permitan el desarrollo integral de las niñas y los niños, así como el reconocimiento y atención a la problemática que atañe a la niñez, actualmente ha adquirido relevancia política, social y comunitaria. Lo anterior ha influido para que el abuso sexual infantil emerge como un importante problema social a nivel nacional e internacional, situación que ha permitido centrar el interés de diversos organismos privados y gubernamentales en la atención del mismo, así como una mayor disposición hacia la canalización de recursos humanos y materiales en este sentido.

En el documento "Violencia de género, un obstáculo para el desarrollo", elaborado por la ONU, se asegura que en algún momento de su vida, más de la mitad de las mujeres latinoamericanas han sido víctimas de la violencia dentro de sus hogares, y que al menos 33% sufrió abuso sexual, dicho documento también indica que 90% de los menores de edad que han sido abusados sexualmente son niñas. El texto menciona que en Colombia en una de cada 10 violaciones que se cometen, la víctima es una niña menor de cuatro años (Fempres/CIMAC, 1999).

En el libro "Abusos sexuales infantiles en las mejores familias" (Ramos, R 1999) refiere que en Argentina un 20% de mujeres y entre un 5% y un 10% de los hombres han sido víctimas de abusos sexuales antes de los 18 años, dicha autora comenta que estos datos son extrapolables a Europa.

En México no se tienen estadísticas para dimensionar el problema, sin embargo EDIAC (2002) reporta con base en la investigación hemerográfica de los principales diarios de circulación local y nacional que:

- En el D.F. se tienen detectados alrededor de 8 mil establecimientos de alto impacto social o "giros negros, de los cuales 52% están ubicados en las delegaciones de Iztapalapa, Cuauhtémoc, Venustiano Carranza y Gustavo A. Madero. En el primer trimestre del año en la delegación Venustiano Carranza se clausuraron una casa de citas en la que se encontró a adolescentes practicando la prostitución, 3 hoteles en los que se fomenta prostitución y corrupción y 3 loncherías en las que por lo menos 10 menores de edad eran obligados a la prostitución infantil. En la zona de la Merced se clausura una cantina por obligar a adolescentes que laboran como "meseritas" a prostituirse con los clientes.

- Declara la UNICEF, ONU Y CDHDF que en las principales zonas turísticas del país los niños, niñas y adolescentes son alquilados en 200 pesos a los turistas extranjeros para cometer actos sexuales en ellos
- 52.8 por ciento de los niños, niñas y adolescentes de la calle se dedican a la mendicidad y prostitución
- Decenas de niños mexicanos de 14 años y menos se reúnen en un parque, en San Diego California para que hombres estadounidenses los alquilen (ONNG)
- En las 700 mil familias que viven en condiciones de pobreza, hay 15 mil adolescentes entre 12 y 18 años que son madres. (GDF).
- 82% de los niños son maltratados física y emocionalmente, y 99% de los casos de abuso sexual infantil son cometidos por varones que tiene relación cercana con la víctima, de estos el 27% de los casos es el padre o padrastro, 23% por el tío, 15% un vecino y en el 10% un hermano. (SEDESOL)

El daño que el abuso sexual puede ocasionar ha sido tema de fuertes debates a lo largo de la historia, sobre todo lo relacionado al ámbito psicológico, el cual se ha negado en muchas ocasiones, al respecto, clínicos e investigadores han demostrado que este puede tener repercusiones serias a corto y largo plazo en el desarrollo biosico-social de las niñas y los niños y posteriormente en las adultas/os que lo padecieron.

De lo anterior se desprende un compromiso como sociedad y como profesionales para enfrentar este problema mediante el análisis y la investigación del fenómeno en el que se identifiquen los factores socioculturales que intervienen, buscando alternativas que permitan combatirlo, así como generar estrategias metodológicas de atención y manejo de la problemática motivo del presente trabajo.

Desde la perspectiva de la atención psicoterapéutica, la psicoterapia infantil ha sido abordada por diferentes modelos teóricos, los cuales coinciden en utilizar al juego como el medio de trabajo más efectivo, sin embargo, cada modelo sostiene objetivos y metodologías específicas, los cuales se adecuan a sus fundamentos teóricos y conceptuales por lo que existe la necesidad de

crear modelos específicos acordes a la problemática y a la realidad contextual en la que las niñas y niños se encuentran.

Derivado de lo anterior surge la necesidad de proponer un modelo de atención psicoterapéutica específico para menores que han sufrido algún tipo de abuso sexual; la estructuración de dicho modelo se sustenta en la experiencia personal adquirida dentro del Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual. La cual se ha venido desarrollando mediante la atención clínica a niñas y niños víctimas de abuso sexual . Así como a través de la recopilación y el análisis documental de los factores sociales y psicológicos que intervienen dentro del problema y de algunas de las principales corrientes metodológicas de intervención psicoterapéutica entre las que se encuentran: psicoanálisis, cognitivo conductual, sistémico, intervención en crisis y humanista, de las cuales se extrajeron conceptos y aspectos técnicos.

Dentro del modelo propuesto se describen los niveles de intervención, las fases por las que atraviesa el proceso psicoterapéutico, se plantean objetivos a cubrir en cada una de las fases, se proponen algunas técnicas y se describen algunas de las funciones de la psicoterapeuta.

En términos generales la propuesta de dicho modelo intenta abrir una puerta para profundizar en la discusión, entendimiento y atención del grave problema que representa el abuso sexual, el cual aún necesita de un intenso análisis profesional, requiriéndose una actitud profesional de apertura e intercambio interdisciplinario para combatir esta y otras formas de violencia. De acuerdo a lo expuesto anteriormente la propuesta queda estructurada de la siguiente manera:

El primer capítulo pretende ofrecer un marco teórico conceptual de lo que implica el fenómeno de abuso sexual en la infancia, a través de:

- 1) La revisión de algunos de los antecedentes que marcaron el abordaje teórico de este fenómeno a lo largo de la historia científica;
- 2) La revisión de una serie de conceptos teóricos que diversas disciplinas han aportado para poder definir los conceptos de abuso sexual e incesto;
- 3) El análisis de algunos de los aspectos circunstanciales que envuelven el acto del abuso sexual y/o incesto.
- 4) La documentación de algunos de los estudios que se han realizado para conocer las dimensiones que este problema tiene. Al respecto se hace evidente que falta mucho por hacer; pues los estudios con los que se cuenta hasta el momento son insuficientes para poder dimensionar los alcances de este problema a nivel internacional y nacional

El segundo capítulo, describe y sustenta algunos de los factores sociales que intervienen en el fenómeno del abuso sexual, haciendo énfasis en: los antecedentes históricos que han marcado la opresión de las mujeres, la estructura y organización de la familia actual así como la revisión algunos de los aspectos que determinan la violencia doméstica y su relación con el problema del abuso sexual.

El capítulo tres inicia con una revisión teórica de las etapas del desarrollo infantil en las áreas motora, cognitiva, de la personalidad y la sexual de las niñas (os) y de la/el adolescente; con el fin de tener un amplio panorama de cómo dicho desarrollo se ve interrumpido por la presencia del trauma provocado a partir de un abuso sexual. La segunda parte de este capítulo describe y analiza el concepto de síndrome de estrés postraumático en adultos, niñas(os) y describe las consecuencias psicológicas que el abuso sexual tiene a nivel psicosocial en las víctimas en un primer momento y a largo plazo.

El cuarto capítulo hace una revisión teórica de las perspectivas, fundamentos, métodos y algunas de las técnicas de los diferentes modelos que existen en el campo de la psicoterapia con el fin de encontrar alternativas de manejo en la intervención psicoterapéutica de los efectos del abuso sexual.

El capítulo 5 describe la propuesta metodológica de intervención en abuso sexual objetivo de este trabajo, la cual se lleva a cabo tomando como base la experiencia la atención a pacientes atendidos dentro del Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual, dicho programa ofrece apoyo psicoterapéutico a víctimas de violencia sexual y se encuentra ubicado en la Facultad de Psicología de la UNAM, teniendo como sede para la atención el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM. Surge el 4 de julio de 1994 con la finalidad de atender a jóvenes estudiantes, que en algún momento de su vida adulta o bien en la infancia han sido víctimas de violencia sexual, sin embargo la demanda de la población llevó al programa a abrir un espacio de atención a niñas y niños que se veían involucrados en una situación de violencia sexual.

La propuesta se estructura a partir de la revisión teórica expuesta en los capítulos anteriores, la experiencia adquirida personalmente al atender a niñas y niños víctimas de abuso sexual y la formación y asesoría teórica y práctica recibida dentro del programa

Esta propuesta en términos generales pretende contribuir en la comprensión teórica y metodológica de la atención del abuso sexual infantil así como servir de sustento para investigaciones posteriores.

CAPITULO 1

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Algunos comentaristas populares han observado los cambios sociales para encontrar una explicación del abuso sexual, asociando éste, al deterioro de los patrones tradicionales de la familia, tales como: un divorcio más fácil y frecuente, el empleo laboral de mujeres fuera de la casa o una mayor permisividad sexual dentro del entorno familiar; sin embargo no es posible decir cual era la prevalencia del abuso sexual a niños/as dos o más generaciones atrás, por lo tanto los argumentos que empiezan caracterizando este problema social como un nuevo problema se sostienen en una base muy débil (La Fontaine, 1990).

Es cada vez más frecuente encontrar que los medios de comunicación tanto a nivel académico como a nivel popular toquen el tema del abuso sexual en la infancia o de cualquier otro maltrato hacia los niños/as. Existe la creencia de que el abuso sexual, maltrato y abandono infantil de la creciente desorganización familiar y social. Sin embargo, en oposición a lo anterior, Corsi (1994) afirma que parece que cada una de las sociedades ha tenido una política implícita o explícita de abuso a los infantes, recurriendo a diferentes formas de maltrato, llegando incluso al infanticidio.

Actualmente el abuso sexual ha emergido como un grave problema social en algunos países. Sin embargo hay antecedentes históricos que sugieren que el abuso sexual ha existido de una u otra forma como un rasgo de cada generación y cada cultura, ha sido sólo en la última década que la atención pública y académica se ha interesado en el tema.

En su libro "Sexually Abused, Children And their Families" Beezley y Kempe (1981, citado en Campos, Monroy y Sánchez, 1989) reseñan los cambios de las prácticas sexuales: explican que algunas de éstas han sido consideradas en ciertas épocas como normales, más tarde como inmorales, después como criminales y en la actualidad como psicopatológicas.

Los niños/as en la antigüedad vivían sus primeros años en una esfera de "aceptación" de las prácticas sexuales entre adultos/as y niños/as. En casi todas las ciudades de Grecia y Roma los muchachos prostituían a los niños/as en burdeles.

La castración de niños y jóvenes y la relación sexual anal entre maestros y niños fueron tan comunes como el uso de menores esclavos, sobre todo muchachos, para la gratificación sexual de los hombres adultos, con la "aprobación" de la comunidad.

En los orígenes de las civilizaciones Inca, Egipcia y el viejo Hawai, entre personas de clases privilegiadas, se toleraban las prácticas sexuales con niños/as, así como ciertos tipos de incesto; en cambio la tolerancia a las prácticas sexuales entre adultos/as y niños/as variaba mucho en la civilización judía; en algunas ciudades la pena por sodomía con niños de 9 años de edad era la muerte, y la copulación con adolescentes aunque no se consideraba como un acto sexual, era penado con azotes.

Durante los siglos XVI y XVII, se estableció la noción de que la niñez es inocente. A los niños/as se les empezó a considerar por naturaleza confiados, cándidos y puros (Van Ussell, 1974, citado en Campos, Monroy y Sánchez, 1989). Rousseil escribió en 1762, que toda corrupción procedía del contacto con el mundo de los mayores. Sin embargo un siglo después se pensaba que si bien la niñez es inocente, y su naturaleza se inclina hacia el bien; la inocencia es por demás frágil, puede bastar un sólo acto para destruirla, y tal destrucción puede ocurrir por obra de extraños, sin que colabore la voluntad de el niño/a, y no sólo eso: la inocencia es irrecuperable, ningún ritual puede restituirla una vez que se ha perdido. Santo Tomas de Aquino (citado en Campos, 1989) explicó que los niños/a podían ser considerados inocentes y tener una profesión religiosa aún cuando se corrompiera su inocencia.

A finales del siglo XVI, se veía a la inocencia como una especie de virginidad psicológica que podría perderse de manera irrecuperable, aún sin complicitad del individuo afectado, esta noción se aplicó al terreno sexual, los niños/as hacían acopio de conocimiento, pero debían permanecer ignorantes de los hechos sexuales que ocurrían en el apartado mundo de los adultos/as; el niño/a podía ser emprendedor, capaz de actuar y juzgar con independencia, excepto en materia sexual. De modo que por un lado se exigía madurez y por otro se educaba a los niños/as para no saber, no desear y no sentir.

Sin embargo por otro lado existía una conducta normalizada de tratar a un menor como un juguete, acariciarlo, mimarlo como algo susceptible de dar o recibir alegrías sexuales. La conceptualización del abuso sexual como un problema psicosocial se documenta aproximadamente en el año de 1860, por el médico forense Ambroise Tadiou, quien publicó un artículo sobre niñas/os maltratados físicamente y después otra sobre violación y abuso sexual a niños/as (Bass y Davis, 1995).

Para Finkelhor (1980) el que el abuso sexual específicamente haya permanecido tanto tiempo ignorado y no lograra la atención que este fenómeno requiere se debe principalmente a dos factores importantes:

1. El gran desconocimiento y tabú que existe en torno a la sexualidad. Desde el punto de vista de este autor, la gran mayoría de la gente que ha tenido experiencias sexuales tempranas en su infancia probablemente las ha mantenido en secreto aún a sus más cercanos confidentes viviéndose así muchas vidas donde la vergüenza y la culpabilidad son de peso. Tal referencia ha impedido la documentación del problema.
2. La historia académica dentro del aspecto biopsicosocial del ser humano. Roland Summit (1989) menciona:
"Desde 1980, el abuso sexual se ha venido descubriendo y desacreditando -por los médicos más visionarios de su tiempo y cada uno se ha enfrentado a la alternativa de denunciar o sucumbir al desprecio y la deshonra" (en Bass y Davis, 1995)

Otro pionero en documentar la existencia del abuso sexual y tal vez uno de los más significativos debido a las repercusiones que sus teorías tuvieron para la conceptualización de dicho problema fue Sigmund Freud (1856-1939). En los comienzos de su carrera Sigmund Freud, identificó el abuso sexual en la infancia como la causa de muchas enfermedades mentales y emocionales en la edad adulta. Escuchando a sus pacientes se enteró que muchas/os de las mujeres y hombres que estaba tratando habían sido traumatizadas/os sexualmente, por lo que sugirió la idea de que el trauma sexual de la niñez era la raíz de los problemas psicológicos de la edad adulta.

Cuando hizo público su descubrimiento, Freud fue criticado por sus colegas y finalmente se retractó proponiendo la explicación de que los actos sexuales o bien eran fruto de la fantasía o bien del deseo de sus pacientes, de esta manera, el conocimiento científico dio marcha atrás y los adultos/as que fueron víctimas del abuso sexual en la infancia quedaron abandonados (Rush, 1977 citada en Finkelhor, 1980; Bass y Davis, 1995). Desde el punto de vista de los autores mencionados anteriormente, las afirmaciones de Freud afectaron principalmente en dos aspectos:

1. La creación de una ideología que no tomaba en cuenta los informes por parte, de las pacientes víctimas de abuso sexual, tomando los relatos como "fantasías" que tenían su fundamento en la no resolución del complejo edípico.

2. El traspolar la responsabilidad del adulto/a a el niño/a, pues a través de su teoría culpaba a el niño/a de tales experiencias, siendo estas el resultado de los "impulsos edípicos de el niño/a".

Pero Freud no es el único pionero cuyos descubrimientos sobre abuso sexual en la infancia fueron rechazados. También en Francia, Pierre Janet, llegó independientemente a las mismas conclusiones de Freud. Comprendió que los graves síntomas físicos, mentales y emocionales que sufrían sus pacientes estaban relacionados con traumas en la niñez. Tampoco el logró convencer a la profesión médica, aunque nunca se retractó.

Sandor Ferenczi (1933), alumno de Freud, confirmó no sólo que el abuso sexual en la infancia existía si no que además podía ser causa de graves sufrimientos psicológicos:

"obtuve, ante todo, nuevas pruebas confirmatorias de algo que ya había supuesto, a saber, que el trauma, especialmente el trauma sexual, en cuanto a factor patógeno, es cosa que no puede llegar a valorarse bastante, no digamos sobre estimar. Incluso niños provenientes de familias respetables, sinceramente puritanas, resultan víctimas de violencias o de violaciones, con más frecuencia de lo que uno se atreve a imaginar. O son los padres - que tratan de encontrar, de esta manera patológica, una gratificación sustitutiva para compensar su frustración- o bien personas a quienes se cree dignas de confianza (tíos, tías, abuelos), institutrices o personas de servicio quienes abusan de la ignorancia y la inocencia del niño. La explicación inmediata, a saber, que se trata solamente de fantasías sexuales del niño, es decir, de una especie de mendacidad histérica, queda desgraciadamente invalidada por la gran cantidad de tales confesiones"....La violación real de jóvenes que apenas han abandonado la edad de la niñez, los actos, similares, llevados a cabo por mujeres adultas con niños y los actos homosexuales realizados por la fuerza constituyen hechos más frecuentes de lo que ahora se ha creído. Es difícil imaginarse la conducta y las emociones de los niños después de tales actos de violencia. Podría esperarse que el primer impulso fuere de reacción, odio, asco y energético rechazo, o bien alguna cosa similar, es lo que expresaría la primera reacción, si ésta no hubiere sido paralizada por una enorme ansiedad. Son niños que se sienten moral y físicamente desvalidos, su personalidad no se halla suficientemente consolidada como para poder protestar aunque sólo fuera mentalmente, porque la fuerza y la autoridad excesivamente poderosas del adulto los entorpecen y les arrebatan el sentido. Pero esta misma ansiedad, si alcanza cierto nivel máximo, los obliga a someterse como autómatas a la voluntad del adulto, a adivinar todos sus deseos y satisfacerlos; completamente olvidados de sí

mismos, se identifican con el adulto. Mediante la identificación, o, digamos la introyección del adulto, el niño desaparece como parte de la realidad externa, transformándose en algo intrapsíquico en lugar de extrapsíquico: en estas condiciones, intrapsíquico se somete, en un estado semejante al de un sueño, tal como lo es un trance traumático, al proceso primario, es decir, de acuerdo con el principio de placer, puede ser modificado o cambiado con el auxilio de alucinaciones positivas o negativas. La violencia cometida deja de existir, en todo caso, como rígida realidad externa y, dentro de su trance traumático, el niño logra conservar la situación previa de ternura.....El cambio más importante producido en la mente del niño por la identificación con el partenaire adulto, identificación que se lleva a cabo bajo el signo de la ansiedad y el miedo, es la introyección de los sentimientos de culpa del adulto, que hace aparecer lo que hasta entonces era juego inofensivo como un delito punible. Cuando el niño se repone de un acto de violencia de esta índole se siente sumamente confundido, de hecho escíndido y se desmorona su confianza en su propio juicio. Además, el rudo comportamiento del adulto, atormentado rabioso por su remordimiento, hace que el niño tenga más conciencia de su propia culpa y se sienta avergonzado. Casi siempre el verdadero culpable procede como si nada hubiera ocurrido.....".

En 1870, Josephine Butler (en Bass y Davis, 1995) hizo campaña contra la prostitución infantil, comparando la trata de chicas jóvenes con la de esclavos. Fue investigada por la policía de Londres y atacada por los dueños de burdeles. Aunque su causa fue apoyada por otros prominentes defensores de Europa y Estados Unidos, solamente en 1910 el Congreso de Estados Unidos aprobó la ley (Man Act) que prohibía el transporte de mujeres y niños/as a través de las fronteras de los estados con fines de explotación sexual.

Es claro que a pesar de que a través de la historia ha habido datos empíricos que permiten corroborar la existencia del abuso sexual infantil y el impacto del trauma sexual en el desarrollo psicosexual de las víctimas, hasta los años 80's, los relatos se encontraban ante reacciones, principalmente de negación, minimización y acusación de la víctima. En 1937, Loretta Bender y Adam Blau escribieron:

"Sin lugar a dudas, estas niñas no merecen totalmente la capa de inocencia con que las dotan los moralistas, reformadores sociales y legisladores". Refiriéndose a "las personalidades inusualmente encantadoras y atractivas de estas niñas". llegando incluso a la conclusión de que "la niña podría haber sido la verdadera seductora en lugar de la inocente seducida" (citada en Bass y Davis 1995).

En 1953 Alfred Kinsey científico importante dentro de la historia de la investigación en sexualidad, a través de sus trabajos, documentó la incidencia del abuso sexual, pero restó importancia a sus efectos declarando:

"Es difícil comprender porque una niña, a no ser que sea por su condicionamiento cultural, iba a sentirse alterada al serle tocados los genitales". (Citado en Bass y Davis, 1995). Para dicho autor el abuso sexual estaba más en la imaginación de sus psicoterapeutas que en las experiencias de sus pacientes (Finkelhor, 1980).

En 1962, Eugene Revitch y Rosalie Weis escribieron:

"La mayoría de los pederastas son personas inofensivas y se sabe que generalmente sus víctimas son niñas agresivas y seductoras".

Y aún cuando no se adjudicaba la culpa del abuso sexual a la víctima, se culpaba a la madre. En 1966, Noel Lusting (citado en Bass y Davis, 1995) y sus colegas dirían que las madres de las víctimas de incesto eran las verdaderas culpables del abuso:

"El rechazar sexualmente a sus maridos y generar en ellos muchas frustraciones sexuales y tensión, tiene un importante papel en dirigir las energías sexuales de sus maridos hacia sus hijas".

En 1979, Blair Justice concluía que el "invitar a la hija a reemplazarla en su papel, ella (la madre) sugiere que la hija también se convierte en la compañera sexual de su marido". Las madres - continúan diciendo- eran entonces las culpables del incesto, por ser débiles, dependientes, indiferentes, promiscuas, estar ausentes o deprimidas". (Bass y Davis, 1995)

Los progresos en los últimos 20 años en el estudio de este fenómeno son consecuencia directa de los movimientos feministas que lo han colocado como una de sus preocupaciones.

2. CONCEPTUALIZACIÓN DE ABUSO SEXUAL¹

El primer paso para el entendimiento de un problema es nombrarlo, de ahí que en los últimos años se han propuesto varios términos al respecto: asalto sexual, violación infantil, perturbación infantil y mal uso sexual; sin embargo los conceptos empleados tienden a tener una carga valorativa, además de ser utilizados con un fin principalmente de orden político y moral más

¹ Debido a que el abuso sexual ocurre mayoritariamente a niñas se utilizará lenguaje femenino (Finkelhor, 1980, Bass y Davis, 1995, González, 1998).

que para un análisis teórico y empírico del problema, sin embargo es a partir de estos que el estudio del "abuso sexual" adquiere importancia social, política y en consecuencia académica. Finkelhor en 1980 hace un análisis de los conceptos, mencionando las implicaciones que cada uno de estos tiene.

El conceptualizar al fenómeno como un asalto sexual apoya la idea de que este evento se acompaña de violencia física y la realidad es que muchas de las experiencias de abuso sexual infantil no involucran violencia de este tipo². De igual manera, violación infantil no es muy preciso puesto que existen muchas diferencias de tipo clínico y de circunstancialidad con la violación sexual a mujeres.

Para el autor perturbación infantil a pesar de ser un término clásico, está asociado con el estereotipo del extraño que anda por los parques y por lo tanto no parece comprender los muchos familiares que están realmente involucrados. Acoso sexual es un concepto demasiado débil y mal uso sexual hace que la niña/o suene como si fuera una cosa y no una persona.

Dentro de la nomenclatura el conceptualizar al fenómeno como abuso sexual es probablemente lo más difundido, se ha utilizado de manera más consistente ya que ha sido adoptado por los movimientos sociopolíticos; sin embargo dicho concepto se asocia a una conducta agresiva y hostil, lo cual no es necesariamente así, ya que se ha visto que el abuso sexual se comete bajo conductas de manipulación, chantajes al menor e imposición de autoridad.

Más adelante Finkelhor (1980) propone el concepto de victimización sexual y explica que dicho término desde su punto de vista enfatiza que la niña/o es victimizado/a debido a su edad, su inocencia y su relación con personas mayores en donde existe un comportamiento abusivo que se da a través de la imposición de poder. En el presente trabajo se utilizará preferentemente abuso sexual ya que es término más difundido.

Un segundo paso es tratar de definir lo que se entenderá por "abuso", lo cual ya representa una tarea difícil ya que cualquier definición que se extraiga, estará ligada a lo que en determinada sociedad se estime que es aceptable o no, dependiendo de las expectativas socioculturales.

² En la casuística de los primeros 100 casos de abuso sexual infantil se encontró que en el 50% de los casos no existieron amenazas ni daño físico (González y Rosas, 1998)

En el presente trabajo, el "abuso" se definirá como: aquella forma de interacción que enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, ocasiona por la conducta de una las partes, por acción u omisión, daño físico y psicológico a otro miembro de la relación (Corsi, 1994). La premisa de este análisis es que un desbalance de poder entre dos personas representa una posibilidad para que la persona que tiene más poder, lo emplee y abuse de otra persona. En relación a las niñas/os los adultos/as (especialmente si existe algún parentesco) están en una posición de autoridad en relación a estas/os. Estos adultos/as están en una posición que no toma en cuenta las necesidades de niñas/os, donde estas/os no tienen control de su medio circundante. Los adultos/as dicen a las niñas/os que hacer, donde hacerlo, pudiendo o no explicar el porque (Funk, 1997). Basado en esta definición se consideran tres tipos de abuso: abuso físico, abuso emocional y abuso sexual, entendiendo por estos:

Abuso físico: La presencia de cualquier acción o golpes no accidentales, que provoquen daño físico o enfermedad a la niña/o, que resulten de actos de comisión (asalto físico) o de omisión (no protección por las personas a cargo del cuidado de la niña/o).

Abuso emocional: Típicamente se presenta bajo la forma de insultos, devaluación de las capacidades y habilidades de la niña/o, humillaciones, amenazas y/o castigos desproporcionados (Corsi, 1994).

Abuso sexual: De todas las formas de abuso como ya se dijo anteriormente, el abuso sexual es una de las formas de maltrato más difícil de aceptar y reconocer y por lo tanto también de definir, ya que no hay un acuerdo entre los autores de que entenderemos por éste aunque sí puntos de vista afines. De acuerdo a lo anterior se mencionarán las definiciones de algunos de los teóricos más importantes en el estudio del abuso sexual.

- Brownmiller (1981), considera el abuso sexual un ultraje así como un crimen con mutilación del propio cuerpo y la propia vida.

- Para Kempe (1979, en Campos 1989) Los abusos sexuales se definen como la implicación de niñas/os y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden y para las cuales son incapaces de dar un consentimiento violando tabúes sociales o roles familiares.

- Finkelhor (1980) define al abuso sexual como el contacto sexual, manual, oral o genital sin consentimiento hecho por una persona con los genitales y cuerpo de la víctima, consiste frecuentemente en incidentes repetidos, donde un pariente o amigo se aprovecha de la niña/o en diversas ocasiones, la violencia y fuerza física generalmente es poca, el acto sexual que ocurre en el abuso sexual de las niñas/os generalmente no es el coito sino más bien el tocar los genitales, la masturbación y la exhibición.

- La Fontaine (1980) menciona: "La definición de abuso sexual de la niña/o comprende dos características principales: 1) es una actividad adulta; 2) incluye a una niña/o como víctima.

- El abuso sexual en niñas/os incluye muchos tipos diferentes de comportamiento. Un estudio ha mostrado que un tercio de los casos reportados involucró violación, y dos tercios tuvieron que ver con el hostigamiento, el cual se define como el contacto no sexual (Tankenoff en McCombie, 1980).

- Jones (1982 citado en Campos, Monroy y Sánchez, 1989), menciona que el abuso sexual se ha definido con respecto a tres situaciones:

1. Existe un ataque sexual sobre una niña/o con el uso de la fuerza
2. Se incluye el contacto sexual de cualquier tipo, tales como tocamiento de genitales, exhibicionismo y sodomía, en las cuales, la participación de la niña/o se ha obtenido a través de sobornos, coerción amenaza o fuerza física
3. Se refiere al contacto sexual con una niña/o cuando está prohibido legalmente, ya sea por la edad de la niña/o o por la relación familiar entre la niña/o y el ofensor.

- Finkelhor y Korbin, (1988) definen el abuso sexual como cualquier contacto sexual entre un adulto/a y una niña/o sexualmente inmadura/o (la madurez es definida tanto en lo social como en lo fisiológico); cualquier contacto sexual en que el abusador mediante el uso de la fuerza, la amenaza y el engaño asegure la participación de la niña/o; o el contacto sexual al cual una niña/o es incapaz de consentir debido a la edad o diferencias de poder y/o por la naturaleza de la relación con el adulto/a.

- El abuso sexual puede variar de el voyerismo, la exposición de la niña/o al adulto/a o viceversa, las caricias genitales y la penetración peniana, a la utilización de una niña/o en la pornografía o en la prostitución (De Jona, Emans y Golfarb, 1989).

- El abuso sexual no incluye necesariamente penetración, cópula o tocamiento. Hay muchas otras maneras en las cuales el espacio o los sentidos de la niña/o pueden ser violados sexualmente. El abuso sexual puede ocurrir a través de palabras, sonidos o aún la exposición de una niña/o a actos con contenido sexual. Este siempre involucra un desbalance de poder; es violencia que no requiere fuerza, la niña/o está siendo usada/o por otros, tratada/o de una manera no deseada, por una persona de la cual espera una relación diferente; esto es abuso ya que no se consideran las necesidades y deseos de la niña/o las cuales quedan a expensas de las necesidades del abusador (Blume, 1990).

- El abuso sexual ocurre cuando un adulto/a usa una niña/o para propósitos sexuales. Esta definición incluye la producción de pornografía infantil (Gallagher, 1991).

- Según Sgroi (1982), el abuso sexual en niñas/os es un acto impuesto a una niña/o que carece de desarrollo emocional adulto. La habilidad para atraer mediante engaños a una niña/o hacia la interacción sexual, se basa en la posición dominante y todo poderosa del adulto/a o adolescente que comete el acto, en agudo contraste con la menor edad de la niña/o, su dependencia y posición subordinada. La autoridad y el poder respaldan al abusador, implícita o directamente, para coaccionar a la niña/o a la sumisión sexual.

- El abuso sexual infantil es cualquier tipo de acercamiento o tocamiento del cuerpo de claro contenido sexual por parte de un adulto/a o persona mayor que la niña/o en por lo menos 5 años, estos acercamientos, o tocamientos se realizan a escondidas, a solas, y con mensajes por parte del abusador, de tal forma que logra intimidar a la niña/o, lo hace sentir culpable (Kathleen O.A. 1990).

- Funk (1997) propone que el estudio del abuso sexual debe incluir el análisis del desbalance de poder que existe entre los sujetos/as y el como la sexualización de este desbalance de poder puede dar como resultado, la explotación sexual de niñas/os y mujeres. El plantea la premisa de que "la conducta sexual violenta es la extensión de una conducta masculina altamente normalizada y exitosa que avala los estereotipos masculinos".

- Para el Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (P.A.I.V.S.A.S), el abuso sexual se conceptualiza como : "todo acto en que se involucra un actividad sexual inapropiada para la edad de la/el menor, se le pide que guarde el secreto sobre dicha actividad y/o se le hace percibir que si lo revela provocará algo malo así mismo/o

al abusador y/o a la familia. Estos actos sexuales generan sentimientos de confusión emocional, miedo y en ocasiones placer, sin embargo este tipo de experiencias son consideradas extrañas y desagradables por la/el menor". (González, Serratos, R., 1998).

De las definiciones anteriormente descritas es posible visualizar que existen puntos de controversia, los cuales se han generado a lo largo del estudio del abuso sexual como fenómeno y de su conceptualización.

Uno de los puntos que más se ha discutido, se refiere al tipo de conductas que se consideran como abuso sexual, ya que durante mucho tiempo se consideró que lo que más impacto tenía en la niña/o era el daño físico y más específicamente la penetración, lo cual se deriva de una ideología patriarcal la cual deposita el valor del individuo/a en sus genitales; en la mujer a través de la virginidad, en las niñas en la inocencia sexual y en el varón a través del cuestionamiento constante de su orientación sexual (homofobia).

Al respecto González P. (1996) en un estudio del síndrome de estrés postraumático en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia encuentra que éste no se incrementa o disminuye en relación a si hubo o no penetración, lo cual hace evidente que lo que en el abuso sexual se afecta es la integridad y/oica de la niña/o a través de la ruptura de los límites cognitivos, corporales y afectivos (este último en el caso de incesto). En el caso de las definiciones referidas, los autores coinciden en señalar que si bien la penetración es un evento traumático, existen otras conductas que aunque no traspasen los límites corporales de la niña/o, representan eventos traumáticos con efectos importantes en el desarrollo psicosocial de la niña/o. Autores interesados en el tema han clasificado algunas de las conductas sexuales que el abuso sexual puede involucrar.

- Para Finkelhor (1980) existen cinco tipos de actividades que caen dentro del abuso sexual:
 1. La simulación o intento de coito entre una niña/o y un adulto/a
 2. Cualquier caso donde un adulto/a toque violentamente los órganos genitales de la niña/o
 3. Cuando en algunas circunstancias, la niña/o haya sido objeto de exhibicionismo por parte de un adulto/a
 4. Cuando una niña/o haya sido besada/o o acariciada/o de forma erótica
 5. Cuando un adulto/a amenaza abiertamente a la niña/o para que este/a le muestre sus genitales.

- Lynch y Bentaum, definen tres tipos de abuso sexual:
 1. Golpear a una niña/o frecuentemente en los genitales
 2. El contacto genital inapropiado entre una niña/o y un adulto/a
 3. El involucramiento de un adulto/a con una niña/o en una práctica sexual no mencionada en los dos puntos anteriores (citado en Campos, Monroy y Sánchez, 1989).

- Finkelhor (1984), hace otra clasificación denominando al abuso sexual como explotación sexual:
 1. Explotación sexual I: casi siempre es efectuada por un ofensor pariente o no pariente de la niña/o y se manifiesta a través del contacto oral, anal, puede ser una práctica homosexual o heterosexual.
 2. Explotación sexual II: esta es llevada a cabo por el ofensor pariente o no pariente, implica caricias o tacomientos al pene o la vagina, también puede ser una práctica homosexual o heterosexual.
 3. Explotación sexual III: a diferencia de las anteriores se efectúa con abrazos inapropiados, besos, caricias, o excitación en zonas genitales producidas por el ofensor.
 4. Explotación sexual IV: se manifiesta a través de contactos o caricias violentas, el ofensor pariente o no pariente casi siempre intenta llegar al coito con la niña/o

- Sgroi (1982) señala que existen 12 tipos de conductas sexuales que el ofensor puede llevar a cabo en el abuso sexual:
 1. Posa desnudo frente a la niña/o
 2. Se desviste delante de la niña/o generalmente cuando están solos
 3. Expone sus genitales para que la niña/o los vea o los toque
 4. Vigila a la niña/o cuando se desviste para dormir o bañarse; cuando defeca u orina.
 5. Besa a la niña/o en forma prolongada (propia de manifestaciones adultas)
 6. Acaricia a la niña/o en senos, abdomen, zonas genitales o hace que la menor lo acaricie a él /ella
 7. Se masturba frente a la niña/o o hace que la niña/o se masturbe delante de él/ella
 8. Hace que la niña/o tome su pene en la boca o viceversa
 9. Coloca su lengua en la vulva de la niña o el pene del niño
 10. Introduce el pene u otros objetos (plumones crayolas, etc.) en el recto de la niña/o
 11. Introduce el pene u objetos en la vagina de la niña
 12. Frota su pene en áreas genitales, nalgas o muslos de la niña/o

• Dentro del P.A.I.V.S.A.S, las conductas que implican abuso sexual en la infancia son:

1. La desnudez impuesta y/o forzada de una parte o ambas partes
2. La exposición de imágenes, material escrito o sonidos sexuales con fines de manipular y dominar a la niña/o
3. Exposición de la niña/o a la observación de actos sexuales entre adultos/as
4. Tocamiento corporal con fines de manipulación sexual
5. Actos de masturbación en los que se involucra a la niña/o
6. Penetración oral, anal y/o vaginal
7. El utilizar a la niña/o en pornografía

De acuerdo a lo anterior se desprende la importancia de subrayar que el abuso sexual no implica necesariamente la interacción física, ya que la mayoría de las ocasiones no hay evidencia física de que el abuso sexual se cometió (Finkelhor, 1980), además lo que cuenta en el abuso sexual no es la conducta que se ejerza sino la intencionalidad con la que ésta se realiza.

Otra polémica que frecuentemente surge dentro de la discusión del fenómeno del abuso sexual se refiere al favorecimiento de un clima sexual más libre, particularmente dentro de la familia, el cual tiene como fin combatir el clima de represión a la sexualidad en general, sin embargo también debemos tomar en cuenta que el lugar donde más frecuentemente ocurre el abuso sexual es el propio hogar o el hogar de familiares de las niñas/os.

Cuando un abuso sexual se hace evidente, es frecuente que se dude de la credibilidad de la niña/o siendo habitual que se cuestionen sus afirmaciones argumentando que dichos eventos son mentira una "mala" interpretación de ellas/os.

Finkelhor, a través de un estudio realizado en 1980 encontró que en la mayoría de los casos, las niñas/os muy pequeñas/os, fueron jueces bastante precisos en reconocer espontáneamente cuando un adulto/a tiene conductas con intención "sexual" y cuando éstas llevan la intención de mostrar afecto sincero. Obviamente, no comprendían lo "sexual" en el sentido total en que los adultos comprenden el término, pero se daban cuenta que la actividad era diferente, era tabú, implicaba imposición que debía hacerse a escondidas y no ser mencionada.

Otra cosa que hacía estas actividades claramente definibles para las niñas/os es que involucra los genitales y si tomamos en cuenta que la mayoría de las niñas/os aprenden a temprana edad

la connotación "especial" de los genitales, cualquier actividad relacionada con ellos, es algo claramente extraño (Finkelhor, 1980).

2.1. LA VICTIMA

Tradicionalmente se ha considerado al abuso sexual como un crimen en el que la víctima es una mujer y el victimario es un hombre. Este punto de vista además es sustentado por una serie de estadísticas a lo largo de todo el mundo, ya que estas continúan reflejando a las mujeres y niñas/os como las principales víctimas de violencia física, emocional, psicológica y sexual. Lori Helms (1994) describe los tipos de violencia a la que pueden estar expuestas las mujeres a lo largo de su ciclo vital. (Cuadro: 1).

Dentro del estudio del abuso sexual uno de los puntos más discutidos tiene que ver con si la víctima está en la posibilidad de consentir o no un abuso sexual; dentro de la creencia popular se considera que una persona es victimizada sexualmente cuando existen evidencias físicas como: golpes, rasguños, gritos, que hagan evidente que existió desagrado y resistencia por parte de la víctima; sin embargo, en el caso del abuso sexual de niñas/os existen dos factores que no son tomados en cuenta:

1) que las niñas/os no están concientes del significado y las consecuencias de diversos tipos de comportamiento, particularmente en el orden sexual, ¿puede una niña/o consentir a una actividad cuyas implicaciones apenas alcanza a vislumbrar?

2) que las niñas/os rara vez están en la posición de consentir o no consentir libremente, debido a que están bajo el control moral, económico y afectivo de los adultos/as, los cuales en muchas ocasiones son los que cometen el abuso sexual (Finkelhor, 1980).

Otro punto que frecuentemente se pone en la mesa de discusión es aquel que tiene que ver con la vulnerabilidad de la víctima, ya que desde esta perspectiva se piensa que si se controlan los factores que hacen "vulnerables" a una niña/o, se podrá prevenir el abuso sexual de ahí que diversos autores se hayan dado a la tarea de mencionar largas listas de factores entre los que se destacan: el descuido, la falta de afecto, una educación de subordinación a los adultos/as, la falta de conocimiento del cuerpo, la represión sexual y la curiosidad insatisfecha, la baja autoestima, las falta de redes sociales de apoyo con niñas/os de su misma edad o bien con personas adultas, la presencia de madres ausentes, sumisas, que carecen de poder o son maltratadas por sus esposos, la falta de aprendizaje para distinguir entre caricias sexuales y no sexuales, la falta de credibilidad que tiene la palabra de las niñas/os, entre otros. Sin embargo la

LA VIOLENCIA DE GÉNERO A LO LARGO DEL CICLO VITAL

ETAPA	TIPO DE VIOLENCIA
Prenatal	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aborto selectivo por sexo (China, India entre otros) <input type="checkbox"/> Golpizas durante el embarazo (efectos físicos y emocionales en la mujer; efectos en el resultado del nacimiento) <input type="checkbox"/> Embarazo forzado (por ejemplo violación por asalto, marital o por confianza)
Infancia	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Infanticidio femenino <input type="checkbox"/> Abuso físico y emocional <input type="checkbox"/> Acceso diferencial a la alimentación y al tratamiento médico.
Niñez	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Casamiento de niñas <input type="checkbox"/> Mutilación genital <input type="checkbox"/> Abuso sexual por miembros de la familia y extraños <input type="checkbox"/> Acceso diferencial a la alimentación y al tratamiento médico <input type="checkbox"/> Prostitución infantil
Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Violencia de compañeros, amigos del otro sexo y novios <input type="checkbox"/> La relación sexual forzada por compañeros, amigos y novios <input type="checkbox"/> El abuso sexual <input type="checkbox"/> La violación <input type="checkbox"/> El Hostigamiento sexual en calle casa y/o trabajo <input type="checkbox"/> Prostitución forzada <input type="checkbox"/> Tráfico de mujeres
Edad Reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Violencia física, emocional, económica y psicológica por la pareja masculina íntima <input type="checkbox"/> Violación conyugal <input type="checkbox"/> Abusos y homicidios relacionados con la dote <input type="checkbox"/> Homicidio conyugal <input type="checkbox"/> Hostigamiento y acoso sexual en el trabajo y la calle <input type="checkbox"/> Violación
Vejez	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abuso de viudas <input type="checkbox"/> Abuso de ancianas (en los estados Unidos, único país donde la información está disponible, el abuso de ancianos afecta predominantemente mujeres).

Cuadro 1: LA VIOLENCIA DE GÉNERO A LO LARGO DEL CICLO VITAL.
 Heise.(1994). *Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud.* Washington, D.C. Programa Mujer y Desarrollo y Organización Panamericana de la Salud.

mayoría de las conductas anteriormente descritas tienden a responsabilizar a la propia víctima o a las/ los familiares responsables de su cuidado (principalmente a la madre)³

En contra parte Funk (1997), sostiene la premisa de que cualquier análisis que implique violencia sexual debe involucrar un desbalance de poder entre personas, la sexualización de ese poder y la alta normalización que tiene el uso de la violencia como forma de expresión y resolución de conflictos. De acuerdo a esta perspectiva Swift (1985) propone que detener las causas del cualquier tipo de violencia sexual, implica identificar y eliminar las variables que mantienen el comportamiento violento de los victimarios, entre estas: 1) entender y detener la elección del victimario para usar la violencia como una forma de expresión sexual y 2) la disposición de la cultura para normalizar y tolerar la violencia personal y principalmente la sexual.

2.2. EL VICTIMARIO SEXUAL

Los estudios en materia de violencia, de acuerdo a lo referido por Lori Heise (1994), señalan que:

- Los hombres representan 83% del total de delincuentes detenidos, 99% de ellos están acusados de violación y 86% acusados de delitos contra la familia y los hijos (Uniform Crime Reports, E.U, citado en Heise, 1994).
- Existe 13 veces más mujeres que hombres que buscan la atención de un médico privado debido a lesiones recibidas por violencia conyugal (National Crim Surveys, Estados Unidos, 1973-1982)
- Las mujeres representan 80-90% de las víctimas de violencia física o sexual por sus cónyuges o familiares (encuesta Canadiense de Vistimización Urbana, 1981 y la Encuesta Social General, 1987)
- La Influencia del Género en la mayoría de los delitos violentos es especialmente evidente en las estadísticas de homicidio. En la mayoría de los países, entre 80 y 90% de los homicidas son varones.
- Contrariamente a este patrón, las mujeres representan una proporción significativa de quienes descuidan o maltratan físicamente a sus hijas/os -en parte porque las mujeres son quienes cargan básicamente con la responsabilidad del cuidado y la disciplina de las hijas/os En el caso específico de abuso sexual infantil, la vasta mayoría de los abusos se dirigen a las niñas y provienen de hombres mayores.

Por lo anterior los estudios sobre personas violentas sexualmente, se han dirigido a los hombres, sin embargo estos se han basado en la "naturaleza" de los individuos; durante mucho tiempo se pensó que el abuso sexual era cometido por un grupo pequeño de individuos con

³ Capítulo 2 (pag. 45 a 48) y capítulo 4 (pag. 128)

"anormalidades" psicológicas, cuyas perturbaciones emocionales daban como resultado un interés sexual inapropiado hacia las niñas/os; sin embargo si se toma en cuenta que existen pocos estudios realizados y que los que existen son en la mayoría realizados con hombres convictos y/o declarados culpables por las leyes, es evidente que existe en sesgo importante en el estudio de los mismos, ya que hay evidencia que sólo una pequeña fracción de los hombres es arrestado, de que existe una cifra negra debido a que este problema es poco denunciado y a que los hombres no estudiados son los que tienen menos recursos intelectuales y económicos para salir, además de que los resultados de dichos estudios sólo muestran que la mayoría de estos hombres son una categoría heterogénea y con una variedad de motivaciones diferentes para involucrarse con niñas/os (Masters y Johnson 1987; La Fontaine, 1990). Gebhard (citado en Kolodny, 1983), describe cinco grandes grupos de hombres que cometen violencia sexual:

1. Hombres con defectos en los procesos del intelecto o del pensamiento
2. Hombres con defectos de aprendizaje o de intelecto social
3. Hombres con trastornos en el desarrollo de la personalidad, conocidos también como sociópatas
4. Hombres con neurosis o con ciertos modelos de conducta desviante
5. Hombres normales

Groth (1982) refiere que las personas que cometen abuso sexual no pueden distinguirse de aquellas que no lo cometen. Como victimarios sexuales no guardan diferencias significativas de el resto de los hombres y mujeres en cuanto a nivel de educación, ocupación, raza, religión, inteligencia o posición social. En sus estudios él a encontrado que los victimarios sexuales pertenecen a todas las clases sociales. De acuerdo a su experiencia los victimarios sexuales se diferencian de los hombres que no cometen abuso sexual en que los primeros no pueden enfrentarse con las demandas de su propia vida y buscan alivio al estrés a través de actividad sexual con niñas/os

La Fontaine (1990) afirma que los hombres violentos sexualmente no son diferentes a la demás gente y que la característica más llamativa de los padres que abusaron sexualmente de sus hijas/os y asistieron a terapia fue que eran muy ordinarios. Sin embargo encontró algunas características similares como: falta de confianza, ser egocéntricos, que una buena mayoría eran casados o tenían parejas con las cuales ejercer su sexualidad, y que raramente tenían que ver con una preferencia sexual adulta de tipo homosexual. Dicho dato es relevante ya que a nivel popular se piensa que el abuso sexual a niños es cometido por homosexuales y que tiene como fin satisfacer un deseo sexual.

Es común que la mayoría de los hombres que cometen violencia de cualquier tipo, sientan que ellos no son los responsables o intentan justificarse culpando a las mujeres, niñas/os de haberlo provocado. También culpan al alcohol, al estrés, al desempleo entre otros.

Para Funk (1993) la violencia en general y la sexual en particular es usada como una arma para mantener la posición dominante de los hombres sobre las mujeres, las niñas y los niños; los hombres usan el miedo, la amenaza y el silencio que hay alrededor de esta violencia para mantenerse en una posición dominante sobre las mujeres y las niñas/os. Desde su perspectiva el patriarcado ha formado una cultura en la cual el poder y el control han sido erotizados, siendo este control una demanda social dentro del comportamiento sexual y erótico de los hombres.

Uno de los mitos más frecuentes con respecto al abuso sexual es pensar que éste es cometido por un hombre viejo y frustrado sexualmente que rondaba por parques públicos buscando atraer a algún jovencito inocente, ofreciéndole dulces o dinero. Sin embargo hoy se sabe que mucho del abuso sexual es cometido por familiares; Finkelhor (1980) encuentra que casi la mitad de las experiencias de las niñas/os fueron con miembros de la familia, incluyendo a padres, padrastros, hermanos, tíos, primos y abuelos.

Otro estudio refiere que cerca del 85% de los casos de abuso sexual, las niñas/os tienen relaciones afectivas con sus victimarios ya sea por lazos consanguíneos o por relaciones sociales como: padres padrastros, tíos, abuelos, primos o vecinos. Las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales de la ciudad de México, Distrito Federal reportó que en los meses de enero a junio de 1997, el 61% de los casos de abuso sexual era cometido por hombres que sostenían vínculos cercanos con las niñas/os.

Además el abuso sexual y mucho más el abuso sexual incestuoso no es un fenómeno que ocurra de manera aislada sino que se da dentro de un contexto donde este es uno de los múltiples maltratos que sufre la niña/o. Para Blume (1990) y Gallagher (1991) las niñas/os víctimas de incesto generalmente viven en un ambiente familiar perturbador e insatisfactorio o dentro de familias separadas, es decir familias disfuncionales.

Al respecto Heise (1994), menciona con respecto a que las mujeres y las niñas/os están más expuestas al riesgo de la violencia dentro de sus propios hogares que en cualquier otro lugar.

3. CONCEPTUALIZACIÓN DE ABUSO SEXUAL INCESTUOSO

Los resultados evidencian que mucho del abuso sexual es incestuoso de ahí que sea necesario de diferenciar estos conceptos; mientras el abuso sexual se refiere a actividades sexuales de una persona con mayor poder, jerarquía y/o fuerza hacia una niña/o, las cuales incluyen la exposición perceptual de la niña/o a situaciones sexuales, y la interacción sexual corporal, siendo actividades en donde se utiliza la imposición del poder, el control y la expresión de ira a través del uso de la sexualidad; el incesto es definido como contacto sexual entre miembros de una familia y parientes, incluyendo aquellos de la familia inmediata y mediata (Finkelhor, D., 1980; La Fontaine, 1990; González Serratos, 1997).

El tabú del incesto, es tema de dos disciplinas divergentes: la antropología y el psicoanálisis, pasado de un lado a otro en estos contextos, el término toma relevancia e importancia desde perspectivas diferentes. El problema está aquí en definir si el tabú se aplica primordialmente a un lazo biológico o a uno social. Aquellos que sienten que la importancia del tabú reside en la prevención de un cruzamiento genético inadecuado, con las consecuencias que esto provoca, no verán como grave el incesto en relaciones de tipo social como puede ser una relación adoptiva, sin embargo para aquellos que conceptualicen el tabú incestuoso como una protección a las relaciones afectivas y de organización familiar tenderán a ver las relaciones adoptivas como equivalentes a otros tipos de incesto.

Por otra parte, el incesto es referido en algunos casos, no a una actividad, sino más bien al matrimonio, particularmente cuando los antropólogos discuten la relación entre el tabú del incesto y la exogamia, dado que el incesto aquí significa el matrimonio de dos miembros de una familia cuya proximidad está proscrita.

Otra ambigüedad que existe en este término es con respecto al tipo de actividad sexual que se implica, para algunos teóricos el incesto significa simplemente una relación sexual (coito) entre miembros familiares, para otros el incesto implica también otros tipos de contacto sexual. En los escritos de algunos psicoanalistas, una involucración incestuosa puede significar una interacción con un contenido reducido y poco explícito de orden sexual que puede traer repercusiones negativas en alguno de los miembros (Finkelhor, 1980). Desde el punto de vista psicodinámico, no se puede tomar en cuenta sólo los lazos sanguíneos ya que para entender la trascendencia real de esta relación, es necesario visualizar no sólo dichos lazos, sino más bien centrar la atención profesional en los lazos emocionales y afectivos así como en la intención que las

conductas sexuales tienen, las cuales como ya se dijo anteriormente la mayoría de las veces se presenta dentro de un contexto de imposición de poder y expresión de ira.

Blume (1990) menciona "una nueva definición de incesto debe tomar en cuenta que en el incesto se viola un lazo de confianza entre la niña/o y su cuidador . De ahí que el incesto tenga consecuencias emocionales más serias que el abuso cometido por un extraño. No sólo es violado el cuerpo de la niña/o, sino la confianza y el amor también".

La niña/o experimenta el abuso en dos niveles: 1) el trauma sexual por ver invadido su cuerpo y su yo a través del uso del poder, el control y la ira; 2) la violación de la confianza y el vínculo de amor que muchas veces existe entre ella/el y el abusador, no se toma en cuenta o en consideración las necesidades o deseos de la niña/o, más bien lo que se toma en cuenta son las necesidades del atacante a expensas de la niña/o. Además, el acto abusivo generalmente introduce una dinámica de secreto, no solamente entre la niña/o y su victimario, sino entre la niña/o y otros parientes, la cual es causada por las amenazas implícitas o explícitas del victimario y la confusión emocional y la culpa que se genera en la víctima. El poder destructivo de este tipo de secretos es muy grande y es tema común en muchas historias sobre el abuso sexual provocado por miembros o familiares (Finkelhor, 1980; Bass, 1995).

Dentro del programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual el incesto se define como: "la ruptura de la liga de la confianza y no de la consanguinidad. Para la niña/o el impacto emocional no tiene que ver con el parentesco genético, sino con la ruptura de un vínculo de confianza y amor dentro del ámbito donde se supondría más seguro: su propio hogar y/o el hogar de alguien a quien ama y en quien confía. Se viola no sólo su cuerpo sino también su amor y lo más perturbador es que ocurre dentro de la dinámica familiar" (González Serratos, 1998).

4. INCIDENCIA DEL PROBLEMA

Uno de los pioneros en documentar la incidencia que tiene el abuso sexual en la infancia fue Alfred Kinsey (E.U. 1953), Bass (1995) menciona: "En un estudio con más de mil mujeres Kinsey encontró que una de cada cuatro mujeres hablaban de abuso sexual en la infancia. De éstas, el 80% dijo que la experiencia las había aterrado".

Otro pionero en hacer un análisis estadístico de la incidencia del abuso sexual fue Finkelhor (E.U. 1980), dicho autor estimó que por lo menos una de cada 5 niñas y uno de cada 11 niños son

victimizados sexualmente. Peters, Wyatt y Finkelhor, (1986, citado en Heise, 1994) encuentran que de 27 a 62% de las mujeres recuerdan por lo menos un incidente de abuso sexual anterior a los 18 años de edad. De Jong A.R.; Emans S.J. y Goldfarb A. (1989) mencionan que la incidencia del Abuso Sexual en estados Unidos se encuentra entre 200,000 y 360,000 casos al año⁴

Mientras que el problema del maltrato físico, llega a ser materia del conocimiento internacional de manera simultánea que en E.U.; el abuso sexual ha permanecido como un descubrimiento propio de éste país, teniendo serias dificultades para conocer la dimensión de este problema a nivel internacional. Es a partir de 1980 que se ha iniciado una serie de estudios sobre abuso sexual; sin embargo ningún país (a excepción de los E.U.) ha tenido la preocupación de realizar estudios estadísticos a niveles nacionales y estatales. Un primer argumento que podría justificar esto, es que los E.U., debido a sus características socioculturales hace evidente un grave problema de abuso sexual a la infancia, y son la excepción con respecto a otros países, sin embargo existen factores que desmienten este argumento:

1. Las condiciones sociales que determinan y favorecen el abuso sexual como: el aislamiento social, el uso de la autoridad arbitraria de los padres sobre las hijas/os, la existencia de roles producto de una cultura patriarcal, no son condiciones únicas de los E.U., sino que se encuentran entrelazados en la organización social de muchos otros países
2. Se está empezando a tener fuertes reportes de la presencia de abuso sexual en otros países (Finkelhor, 1980)

En Barbados, una encuesta de probabilidad anónima reveló que una de cada tres mujeres y uno a dos hombres de cada 100 denuncian haber sido sometidos a conductas que constituyen abuso sexual infantil o adolescente (Handwerker 1993a, citado en Heise, 1994). En Canadá, una comisión del gobierno estimó que una de cada cuatro niñas y uno de cada 10 niños son agredidos sexualmente antes de los 17 años (Badgely, 1984 en Heise, 1994).

La evidencia indirecta también demuestra que nos enfrentamos a un problema de severas dimensiones, Heise (1994) encuentra que:

⁴ Al evaluar las fuentes de variabilidad en la prevalencia de abuso sexual, Peters, Wyatt y Finkelhor (1986) sugieren que las diferencias en las definiciones y en los métodos utilizados en estos estudios, probablemente expliquen la mayoría de las variaciones informadas. Las definiciones operacionales de abuso variaban de acuerdo a si incluían violaciones con o sin contacto, o ambas, a la naturaleza de las

- Dos estudios de Nigeria sobre enfermedades de transmisión sexual (ETS) en niñas/os muy pequeñas/os sugiere que el abuso sexual está presente en la sociedad nigeriana.
- Un estudio llevado en Zaria, Nigeria en 1988, halló que 16% de las pacientes que buscaron tratamiento para ETS eran niñas menores de 5 años y otro 6% eran niñas de entre 6 y 15 años (Kisekka y Otesanya, 1988).
- Un estudio más antiguo realizado en Ibadán arrojó que 22% de las pacientes de una de las clínicas de ETS eran niñas menores de 10 años (Sogbetun, Alusa y Osoba, 1977).
- En Perú, un estudio realizado en el Hospital de Maternidad de Lima reveló que 90% de las madres jóvenes, de 12 a 16 años, habían sido violadas - la vasta mayoría por su padre, su padrastro u otro pariente cercano (Rosas, 1992)
- Una organización para madres adolescentes de Costa Rica reporta hallazgos similares: 95% de sus clientes embarazadas menores de 15 años eran víctimas de incesto (Treguear y Carro 1991).

Esta evidencia indirecta es consistente con los datos transculturales de los centros de crisis por violación, que revelan que 40 a 58% de los abusos sexuales son cometidos contra niñas de 15 años y menos, incluyendo niñas menores de 10 u 11 años. La mayoría de los abusos sexuales son cometidos por miembros de la familia u otras personas a quienes la víctima conoce. En realidad, las estadísticas judiciales y los datos de los centros de crisis por violación muestran que en más de 60% de los casos, la víctima conoce quién la violó. La percepción corriente de la violación como un delito cometido por un "extraño" es penosamente desencaminada (Heise, 1994).

4.1 INCIDENCIA EN MÉXICO

En México el problema de abuso sexual no ha sido sistemáticamente investigado; sin embargo desde 1990 y con la apertura de centros especializados de la Procuraduría del Distrito Federal y Organizaciones no Gubernamentales, existe información, que aún cuando se refiere a una población cautiva, (personas que asisten a una institución en busca de apoyo), muestra algunos elementos importantes.

Cazorla (1992) menciona que en el periodo de Junio a Diciembre de 1989, se recibieron en el Centro de Terapia de Apoyo un total de 68 niñas/os víctimas de diversos delitos. De éstos, se agrupó a 49 menores que fueron víctimas de violencia sexual, 37 niñas y 12 niños, con un rango entre los 3 y los 12 años, cuyos casos fueron canalizados por diferentes áreas de la Procuraduría

violaciones, a la edad de la niña en el momento del abuso y a la diferencia de edad entre el victimario y la víctima (Heise, 1994)

General de Justicia del Distrito Federal. Así mismo las Agencias Especializadas en delitos sexuales reportan que en los años de 1995, 1996 y entre los meses de enero a junio de 1997 se recibieron las siguientes denuncias con respecto a abuso sexual:

DENUNCIA	ENER-DIC '95	ENER-DIC '96	ENER-JUN '97
Abuso sexual	748	888	472
Estupro	53	57	34
Incesto	1	0	0

Datos proporcionados por la Dirección General a Víctimas de Delito del Área de Psicología de Agencias Especializadas

Saucedo (1995) describe que el nivel de denuncias de violación y otros delitos sexuales se multiplicó significativamente en el Distrito Federal a partir de la apertura de las Agencias Especializadas en delitos sexuales. Según datos de la misma Procuraduría, en 1968, en un período de seis meses recibieron 316 denuncias por delitos sexuales (SGA: 1990), mientras que durante el primer año de funcionamiento de las agencias, en 1992 registraron 3035 casos.

En los muchos casos de violencia doméstica se encuentran violaciones a niñas, niños y adolescentes. En no pocas ocasiones el resultado de estas violaciones es un embarazo no deseado y de alto riesgo, de los casos de violación que han sido referidos al hospital de la mujer en los últimos cinco años en promedio el 18% resultó en embarazo. La mayor parte de las víctimas de violación son adolescentes que han sufrido la violencia por parte de un familiar o persona conocida (Hospital de la mujer, 1994, citado en Pimentel, 1997).

Existe acuerdo entre los especialistas en el sentido de que este tipo de cifra sólo representa la punta del iceberg, pues se estima que sólo una de cada diez violaciones se denuncian y que los casos de violencia doméstica el subregistro puede ser mayor dado que una gran parte de los afectados probablemente experimenten sentimientos que les impidan la denuncia (Saucedo 1996).

EDIAC (2002) reporta, en base a la investigación hemerográfica de los principales diarios de circulación local y nacional que:

- En el D.F. se tienen detectados alrededor de 8 mil establecimientos de alto impacto social o "giros negros, de los cuales 52% están ubicados en las delegaciones de Iztapalapa, Cuauhtémoc, Venustiano Carranza y Gustavo A. Madero. En el primer trimestre del año

en la delegación Venustiano Carranza se clausuraron una casa de citas en la que se encontró a adolescentes practicando la prostitución, 3 hoteles en los que se fomenta prostitución y corrupción y 3 loncherías en las que por lo menos 10 menores de edad eran obligados a la prostitución infantil. En la zona de la Merced se clausura una cantina por obligar a adolescentes que laboran como "meseritas" a prostituirse con los clientes.

- Declara la UNICEF, UNU Y CDHDF que en las principales zonas turísticas del país los niños, niñas y adolescentes son alquilados en 200 pesos a los turistas extranjeros para cometer actos sexuales en ellos
- 52.8 por ciento de los niños, niñas y adolescentes de la calle se dedican a la mendicidad y prostitución
- Decenas de niños mexicanos de 14 años y menos se reúnen en un parque, en San Diego California para que hombres estadounidenses los alquilen (ONNG)
- En las 700 mil familias que viven en condiciones de pobreza, hay 15 mil adolescentes entre 12 y 18 años que son madres, (GDF),
- 82% de los niños son maltratados física y emocionalmente, y 99% de los casos de abuso sexual infantil son cometidos por varones que tiene relación cercana con la víctima, de estos el 27% de los casos es el padre o padrastro, 23% por el tío, 15% un vecino y en el 10% un hermano. (SEDESOL)

Los datos anteriormente descritos hacen evidente que el abuso sexual e incesto en la infancia son problemas que por sus dimensiones requieren la atención de profesionales de la salud capacitados que: nos permitan tomar acuerdos en cuanto a su conceptualización; a la aproximación real y directa de la incidencia; a la elaboración y sistematización de modelos de intervención y a la propuesta de políticas adecuadas y reales para su prevención. Los siguientes capítulos intentarán hacer un análisis de los factores sociales y psicológicos que intervienen en el abuso sexual e incesto.

CAPTULO 2

El problema de la violencia dentro de un marco social tiene su origen en un desbalance de poder y específicamente, en el caso del abuso sexual, de una sexualización de dicho poder (Funk, 1998). Bajo esta premisa dentro del contexto cultural donde se fomenta y perpetua la articulación de roles de género y relaciones de poder desiguales entre varones, mujeres niños y niñas, la violencia debe considerarse una prolongación de un continuo de creencias que otorga al varón el derecho a controlar la vida de mujeres y niñas/os es decir dentro una inequidad de género (Heise, 1994).

En relación a las niñas y niños, los adultos/as y algunos adolescentes o jóvenes (especialmente hermanos u otros parientes) se encuentran en una posición de autoridad que no contempla las necesidades de los niños y niñas, y mucho menos la posibilidad de cierto control de su medio ambiente, generalmente los adultos/as dicen a las niñas/os que hacer, donde hacerlo y si les es permitido o no sin dar ninguna explicación al respecto, sean o no familiares (Funk, 1997).

El problema del abuso sexual a las niñas y niños no es un problema aislado, sino que converge y/o forma parte de problemas complejos, multifacéticos y multideterminados, como son el de la violencia hacia la mujer (violencia de género) y el de la violencia doméstica, y que en algunas de sus expresiones (incesto, pornografía, violación marital, tráfico de mujeres, prostitución forzada etc..) se combinan e incluso se fusionan.

La violencia doméstica y la violencia de género se encuentran en todas las clases sociales y en todos los niveles socioeducativos, así como en una gran variedad de formas culturales e ideológicas, de ahí que sea necesario describir la dinámica que subyace en estos problemas, y los factores determinantes, lo cual hace necesaria la revisión teórica de los antecedentes de la familia su concepto actual y algunos de los factores sociales que influyen en su dinámica, ya que es bajo este ámbito donde se inicia la socialización y por ende el aprendizaje de formas de relación inequitativas para varones y mujeres así como un uso, abuso y sexualización del poder.

Dicha afirmación es posible hacerla sólo si tomamos en cuenta que la violencia física, emocional, sexual, económica, nutricional etc., hacia las mujeres y las niñas/os se da de manera considerable en el ámbito de la familia .

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA FAMILIA Y LA OPRESION DE LA MUJER

Los antecedentes históricos de la familia y de la inequidad de los géneros expresada en la opresión de las mujeres, se encuentra centrada en dos teorías básicas: 1) La teoría materialista; y 2) La teoría de género.

1.1 TEORÍA MATERIALISTA

Para dicha teoría el factor decisivo en la historia es, la producción y la reproducción de la vida inmediata. Esta producción y reproducción, es de dos clases: 1) la producción de medios de existencia, de productos alimenticios, de ropa, de vivienda y de los instrumentos que para producir todo lo anterior se necesitan; 2) la producción del hombre/mujer mismo (Engels 1891).

En este contexto la familia se forma y se desarrolla como efecto de la división del trabajo, en la época primitiva. Se inicia con un período en donde aún no existe una clara diferenciación del trabajo, prevalece la promiscuidad sexual, no hay roles de comportamiento definidos, salvo los que se desprenden directamente de la constitución física y fisiológica de los individuos (salvajismo). Para Engels el origen de la familia como forma de organización, depende de la vida económica y práctica de las comunidades.

Eso puede afirmarse si tomamos en cuenta que el hombre/mujer constantemente se enfrentan a los cambios ambientales y con éstos al dominio de la producción de alimentos y de los medios para su subsistencia, lo que hace necesario la organización y división del trabajo y con éstos la organización familiar como "unidad económica".

Para Morgan citado en Engels (1891), la familia ha pasado por diferentes etapas, que van del estado primitivo de promiscuidad hasta la culminación en la monogamia, dichas etapas son:

1.1.1. Familia consanguínea

Conforme avanza la división del trabajo con la creación de nuevos instrumentos, surge la necesidad de determinar nuevos roles que permitan al grupo dedicarse a diferentes actividades, y por consiguiente a nuevos tipos de organización dentro de la comunidad; la asignación de roles de trabajo a partir de ese momento tiene una correspondencia con el tipo de vínculo sexual entre los miembros de la comunidad. El trabajo de los hombres se distingue de el de las mujeres

a partir de su constitución física, por lo que en la división del trabajo, a las mujeres corresponde más el cuidado y la crianza de las crías y la recolección de frutos, mientras los hombres se dedican a la caza y a la fabricación de los instrumentos necesarios (con lo cual es posible preveer que las diferencias anatómicas entre hombre y mujer se hicieron más evidentes); otro factor que influye en la división del trabajo corresponde a la edad, los ancianos (hombres y mujeres), se dedican a actividades distintas a las de las/os jóvenes.

En esta primera etapa los grupos conyugales se clasifican por generaciones; los ascendientes y los descendientes, los padres y los hijos, son los únicos que están excluidos entre sí de los derechos y de los deberes (pudieramos decir) del "matrimonio". Hermanos y hermanas, primos y primas en primero, segundo y restantes grados, son todos ellos/as entre sí hermanas y hermanas y por eso mismo todos ellos maridos y mujeres unos/as de otros/as. El vínculo de hermano y hermana presupone de por sí en ese período el "comercio carnal recíproco". Esta forma familiar lógicamente implica ya la "prohibición del incesto" (Engels, 1891).

1.1.2. Familia penitba

Conforme la división social del trabajo avanza las formas de la familia cambian. Engels (1891) demuestra cómo la prohibición del incesto entre hermanos, comenzando probablemente, por la exclusión de los hermanos uterinos (por parte de la madre), prohibiendo el "matrimonio" hasta entre "hermanos colaterales" (los "primos carnales", "primos segundos", "primos terceros"). Esto por una parte amplía el sistema de parentesco, surgen nuevos roles: primos y primas, tíos y tías, etc., y por otra, establece una forma de organización social más compleja. La familia se hace exógena y, de esa manera, también entra en determinadas relaciones con otras familias, formando las gens, las fratrias, los clanes, las tribus y finalmente, el estado.

1.1.3. Familia simbiótica

En esta etapa se da una forma más elevada la cual se denomina matrimonio por grupos, en el cual se formaban ya parejas conyugales para un tiempo más o menos largo: la mujer tenía un hombre principal entre todas sus relaciones, y el una mujer principal entre todas sus relaciones.

En esta etapa una mujer vive con un hombre, de tal suerte que la poligamia ocasional sigue siendo un derecho para los hombres, aunque ya en esta etapa se exige más fidelidad a la mujer, mientras dure la vida en común. El matrimonio simbiótico introduce en la familia un elemento nuevo, junto a la verdadera madre ahora también aparece el padre; y con el arreglo de la división del trabajo, al hombre correspondía procurar la alimentación y los instrumentos necesarios para ésta, mientras que a la mujer corresponde el cuidado de los hijos/as.

Es importante destacar que en esta etapa (en el viejo mundo) la domesticación de animales, la cría de ganado y la esclavitud de pueblos sometidos como fuerza de trabajo, habían abierto un nuevo horizonte de riquezas desconocido; en donde el hombre por consiguiente, era, el propietario. Así pues, las riquezas, a medida que iban en aumento, daban, por una parte al hombre una posición más importante que a la mujer en la familia y, por otra, el deseo de heredar estos bienes a sus hijos consanguíneos, lo cual obligó a cambiar las leyes de herencia, las cuales hasta ese momento habían sido por derecho hereditario materno siendo ahora cambiados por la importancia en la filiación masculina y el derecho hereditario paterno.

La familia entonces se concibe como: "una organización de ciertos individuos, libres y no libres, en una familia sometida al poder paterno. En la forma semítica ese jefe de familia vive en poligamia, los esclavos tienen una mujer e hijos, y el objetivo de la organización entera es cuidar del ganado en un área determinada" (Morgan, 1877 citado en Engels, 1891). Los rasgos esenciales de esta nueva forma de familia son, la incorporación de los esclavos y la potestad paterna.

1.1.4. Familia monogámica

Esta nace de la familia sindiásmica y su origen se basa en condiciones económicas, concretamente en el triunfo de la propiedad privada sobre la propiedad común primitiva, tiene como característica principal el esclavizamiento de un sexo por el otro. Marx y Engels (1846, citado en Engels 1891) mencionan: "la primera división del trabajo es la que se hizo entre el hombre y la mujer para la procreación de los hijos/as", dichos autores concluyen que el primer antagonismo de clases que apareció en la historia coincide con el desarrollo del antagonismo entre hombre y mujer en la monogamia; y la primera opresión de clases, con el sexo femenino por el masculino. Dicha familia se funda en el predominio del hombre y su fin expreso es de procrear hijos/as cuya paternidad sea segura e indiscutible, con el objetivo de garantizar el dominio económico a través de la propiedad privada, lo anterior entonces implica, sobre todo una censura sexual para las mujeres no así para los hombres. A las mujeres se les exige recato sexual y virginidad al llegar al matrimonio como garantía de pertenencia de las hija/os al padre, se les vigila y se les aísla a través de la censura social y la formación de mitos y tabúes así como el fomento de una cultura de dominio y poder del hombre, quien se concibe como dueño o propietario.

En conclusión para este autor las marcadas diferencias sociales entre el hombre y la mujer aparecieron con la propiedad privada sobre la tierra y los instrumentos de trabajo. Este hecho, según el autor llevó a la esclavitud de los individuos y de los grupos humanos despojados, con

los que se produjo también la reducción de la mujer a la servidumbre doméstica (Engels, 1891). Al respecto Rubin, (1986) retoma como un factor decisivo el elemento "histórico y social" mencionado por Marx (1972), ya que fue éste, el que proporcionó al capitalismo una herencia cultural de formas de masculinidad y feminidad; por lo que concluye que es dentro de ese "elemento histórico y social" que está subsumido todo el campo del sexo, la sexualidad, la opresión sexual y que sólo sometiendo al análisis ese "elemento histórico y social" es posible delinear la estructura de la opresión sexual.

1.2. TEORÍA DEL GÉNERO

Esta surge como una nueva perspectiva de análisis siendo una alternativa de investigación científica a raíz de los estudios de mujeres, que a su vez, nacen del movimiento feminista de los años 60's. El uso de la categoría "gender" o género, se inicia hasta los años 70's. Se utilizó con la finalidad de distinguir que las características humanas consideradas como "femeninas" o "masculinas", eran adquiridas por construcción social y cultural, y no por ser algo derivado "naturalmente" de su sexo, es decir, algo derivado por naturaleza biológica (Pimentel, 1997).

Rubin (1986), es la primera investigadora que realiza una distinción entre el sexo y el género, estableciendo la categoría: "sexo/género", la cual incluye mucho más, que las relaciones de procreación en el sentido puramente biológico; es una relación estrecha entre el sexo con el que se nace y la manera en que la sociedad dispone y educa a ese ser, de acuerdo a las reglas destinadas para cada uno de los sexos.

Para esta autora dicho sistema género puede ser organizado de manera equitativa para los dos sexos o bien de manera estratificada por género explicando el origen de esta organización, a través del análisis de los sistemas de parentesco, ya que éstos están formados por, y para reproducir formas concretas de sexualidad socialmente organizada; es decir, son formas empíricas y observables de sistemas de sexo/género. Dentro de las características de estos sistemas, desde un punto de vista antropológico se encuentran:

- Es un sistema de categorías y posiciones que frecuentemente contradicen las relaciones genéricas reales.
- Dentro de esta estructura organizativa tiene lugar el intercambio de bienes y servicios, la producción y la distribución, la hostilidad y la solidaridad, los rituales y las ceremonias. Estos varían ampliamente de una cultura a otra y consienten normas que rigen con quién puede uno casarse o no.
- Están impregnados por la conciencia de la importancia de la sexualidad en la sociedad humana, es un descripción, que asume al sujeto humano como varón o mujer y en donde es posible seguir los divergentes destinos sociales de los sexos (Rubin, 1986).

A través de una descripción antropológica de la obra del antropólogo Lévi-Strauss (siglo XIX) dicha autora construye una explicación del origen de la opresión de las mujeres a partir de dos factores determinantes: 1) El intercambio de mujeres como esencia de los sistemas de parentesco; 2) La división del trabajo por sexos.

1.2.1. Intercambio de mujeres

Dos piezas claves en el concepto de intercambio de mujeres son: el "regalo" y el tabú del incesto.

El "regalo": Mauss (citado en Rubin, 1986) fue el primero en teorizar la significación de uno de los rasgos más notables de las sociedades primitivas: la medida en que dar, recibir y devolver regalos denomina las relaciones sociales. En esas sociedades circulan en intercambio toda clase de cosas: alimentos, hechizos, rituales, palabras, nombres, adornos, herramientas y poderes. Este autor propuso que la significación de hacer regalos es que expresa, afirma o crea un vínculo social entre los participantes en un intercambio; el hacer regalos confiere a sus participantes una relación especial de confianza, solidaridad y ayuda mutua. En la entrega de un regalo se puede solicitar una relación amistosa; su aceptación implica disposición a devolver el regalo y la confirmación de la relación. El intercambio de regalos puede ser también el lenguaje de la competencia y la rivalidad.

Tabú del incesto: Lévi-Strauss (citado en Rubin, 1986) añade a la teoría del regalo descrita anteriormente, la idea de que el matrimonio es una forma básica de intercambio de regalos, en la que las mujeres constituyen el más precioso de los regalos. Sostiene que el mejor modo de entender el tabú del incesto es como un mecanismo para asegurar que tales intercambios tengan lugar entre familias y entre grupos; para este autor el tabú del incesto impone los objetivos sociales de la exogamia y la alianza a los hechos biológicos del sexo y la procreación. El tabú del incesto divide el universo de la elección sexual en categorías de compañeros permitidos y prohibidos.

"La prohibición del incesto no es tanto una regla que prohíbe el "matrimonio" con la madre, hermana o hija, como una regla que obliga a dar a otro la madre, la hermana o la hija. Es la suprema regla del regalo...." (Lévi-Strauss siglo XIX citado en Rubin, 1986).

El "intercambio de mujeres" es un concepto que ubica la opresión de las mujeres en sistemas sociales antes que en la biología. Además sugiere buscar la sede final de la opresión de las mujeres en el tráfico de mujeres, antes que en el tráfico de mercancías. No es difícil hallar ejemplos etnográficos e históricos del tráfico de mujeres: las mujeres son entregadas en matrimonio, tomadas en batalla, cambiadas por favores, etc. Lejos de estar limitadas al mundo "primitivo", esas prácticas parecen simplemente volverse más pronunciadas y comercializadas en sociedades más "civilizadas". Desde luego también hay tráfico de hombres, pero como esclavos, siervos o alguna otra categoría, pero no como hombres. Las mujeres son objeto de transacción como esclavas, siervas y prostitutas, pero también simplemente como mujeres (Rubin, G. 1986).

1.2.2. División de trabajo por sexos

Para Levin-Strauss (citado en Rubin, 1986) la división del trabajo por sexos tiene como propósito, sostener y asegurar la unión de los hombres y las mujeres haciendo que la mínima unidad económica viable que contenga por lo menos un hombre y una mujer; por lo tanto, puede ser vista como un "tabú": un tabú contra la igualdad de hombres y mujeres, un tabú que divide los sexos en dos categorías mutuamente excluyentes, un tabú que exagera las diferencias biológicas creando así el género.

La división de los sexos tiene el efecto de reprimir algunas de las características de personalidad de prácticamente todos, hombres y mujeres. El mismo sistema social que oprime a las mujeres en sus relaciones de intercambio, oprime a todos en su insistencia en una división rígida de la personalidad. Además, los individuos son engendrados con el fin de que el matrimonio esté asegurado (Rubin, G. 1986).

En conclusión y después de la descripción histórica hecha anteriormente, podemos decir que la perspectiva de género, ha abierto nuevas opciones de acercarse al conocimiento, no sólo de lo femenino, sino también de lo masculino. Así como de lo social, lo cultural, lo histórico, lo económico, lo político, lo psicológico. De hecho, el análisis de los problemas sociales debe considerar el género para entender de manera completa el asunto tratado. Actualmente, el objeto de estudio de la perspectiva de género, es estudiar tanto la feminidad, como la masculinidad, la construcción de la identidad femenina y masculina, las relaciones entre los géneros, al papel que el poder desempeña en las relaciones entre varones y mujeres, la deconstrucción de la identidad, la búsqueda de nuevas propuestas de "ser", la equidad en todos los ámbitos: la ciencia, el trabajo, la cultura, la familia, la educación, la salud, en las instituciones, en lo público y lo privado (Pimentel, 1997).

2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA FAMILIA

El término familia tiene su origen en la palabra *famulus* que entre los romanos se aplica a los esclavos y significa esclavo doméstico, así la *familia* es el conjunto de esclavos pertenecientes a un mismo hombre. "Esta expresión la inventaron los romanos para designar un nuevo organismo social, cuyo jefe tenía bajo su poder a la mujer, a los hijos/as y a cierto número de esclavos/as, con la patria potestad y el derecho de vida o muerte sobre todos ellos/as (Engels, 1891).

De lo anterior podemos decir que la familia es una institución antigua que ha sufrido transformaciones con el objeto de adaptarse a las exigencias de cada grupo social y a cada época. Aun cuando a través del tiempo han ocurrido profundos cambios sociales, la familia se ha mantenido como grupo constante en cuanto a las funciones que desempeña. La familia actualmente sigue siendo la unidad básica en la cultura occidental y este grupo conserva la responsabilidad principal de proveer de miembros nuevos a la sociedad e integrarlos a la estructura social. Se reconocen dos elementos básicos que dan carácter institucional a la familia: el matrimonio y la filiación. El primero determina las reglas que gobiernan las relaciones entre marido y esposa, sus expectativas y las personas que pueden entrar o no en tal relación; y el segundo, determina el reconocimiento, deberes y derechos de los miembros familiares (Engels, 1891; Carrizo, López y Dávalos, 1982). Entre sus principales rasgos se encuentran:

- Institución socio-jurídica denominada matrimonio.
- Relación sexual legítima y permanente
- Conjunto de normas (jurídicas, religiosas, morales) que regulan la relación entre padres e hijos/as
- Sistema de nomenclatura que designa el parentesco.
- Regulación de actividades económicas
- Lugar físico para vivir
- Intercomunicación recíproca
- Cooperación solidaria
- Subordinación de los hijos a los padres
- De servicio (de los padres a los hijos)
- Mutuo apoyo y auxilio (Gantier, 1982).

En la actualidad la familia se ha clasificado de acuerdo a los siguientes criterios:

- **Punto de vista demográfico:** La familia puede ser urbana o rural, entendiendo por esta última poblados de menos de 2500 habitantes y por la carencia de los servicios o infraestructura básicos (Pimentel, 1997).
- **Grado de integración:** Se habla de familia integrada cuando los dos cónyuges viven dentro del mismo espacio físico y de familia desintegrada cuando falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación o abandono.
- **Grado de funcionalidad:** Se habla de familia funcional cuando esta permite a cada uno de sus miembros un desarrollo individual, para lo cual la familia debe cumplir con una serie de

funciones las cuales pueden variar por las diferencias sociales y culturales o bien por la dinámica interna de ésta. Sin embargo se consideran como universales, las siguientes funciones de la familia como unidad social.

1. Función afectiva
2. Función de desarrollo de la personalidad
3. Función de regulación sexual
4. Función de reproducción
5. Función de educación y socialización
6. Función económica (Gantier, 1984).

- **Estructura y composición:** La familia se clasifica en :
 - **Familia nuclear o elemental**, compuesta por la pareja (padre, madre) e hijos/as. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.
 - **Familia extensa.** Se conforma por más de una familia nuclear en donde sus miembros tienen lazos consanguíneos y pertenecen a dos o más generaciones como son los padres, hijos/as, nietos/as, tíos/as, primos/as.
 - **Familia extensa compuesta.** Integrada por la familia nuclear y por otras personas no consanguíneas como amigos, ahijados, compadres, sirvientes, etc.
 - **Familia compuesta.** Se caracteriza por el matrimonio grupal que presenta dos variantes que son: a) poligamia, b) poliandria.
 - **Algunas variaciones** como son: a) la pareja sin hijos; b) padre o madre solteras(os), siendo más frecuente el caso de la madre soltera; c) un adulto/a que vive solo/a.

Desde el punto de vista psicosocial se considera que la familia extensa, es el sistema de parentesco corriente que puede incluir las relaciones adoptivas, tanto si son legales y formalmente reconocidas como si están asignadas por la costumbre, tradición o lazos afectivos. Por lo anterior en el presente trabajo se conceptualizará a la familia como: "todas las personas que habiten en una misma casa, tengan o no vínculos de sangre".

2.1. INFLUENCIA CULTURAL EN LA FAMILIA

Existen elementos de influencia cultural que influyen a la familia y que ésta se encarga de transmitir a sus miembros, que perpetúan y "naturalizan" formas de relación desiguales entre varones y mujeres. La familiar, se encuentra inmersa en una estructura social formada por otros grupos los cuales determinan al grupo familiar y éste a su vez influye en los mismos dando pie a un acervo social compuesto de valores, normas, reglas, mitos, tabúes; lo que constituye la herencia sociocultural de cada pueblo (Gantier, 1982).

El término cultura desde el punto de vista social se define como: "a la totalidad de lo que aprenden los individuos(as) en tanto miembros de la sociedad; es una forma de vida, un modo de pensar, de actuar de sentir (Chinoy, 1978). La cultura moldea y determina las formas de relación familiar en el contexto social; los a) aspectos cognitivos, b) creencias: mitos y tabúes,

c) los valores, d) las normas, e) los signos, f) los productos materiales: constituyen el fundamento de las pautas o modelos de conducta aprobados socialmente, y que son a la vez punto de referencia para la interacción social entre individuos/as. Para el presente capítulo se estima oportuno definir tres elementos fundamentales dentro de la dinámica cultural que determinan de manera importante la dinámica familiar y su expresión dentro de la sociedad.

Los valores: Se definen como criterios de estimación, de aceptación y deseabilidad de una sociedad. Fichter, (1979) describe que los valores guardan como características:

- Son algo que se comparte: son reconocidos por una pluralidad de personas y no depende del juicio de un individuo/a en particular.
- Se asocian a la conservación del bienestar común y a la satisfacción de las necesidades sociales.
- Implican un involucramiento emocional: las personas están dispuestas a hacer sacrificios e incluso a morir por ellos
- Se abstraen conceptualmente, dado que los valores suponen un sometimiento o acuerdo entre muchas personas.

Las normas: Estas se refieren a lo que es vigente y válido, para todos/as, de donde se espera que la norma se cumpla. Interesa la adhesión del individuo/a, más no su opinión en cuanto a que esté de acuerdo o en desacuerdo con la misma, puesto que la norma está con anterioridad a su nacimiento y en cuya formación no intervino. No menos cierto es que las normas cambian, lo cual permite introducir cambios o modificaciones en las normas sociales.

Las creencias: Son de amplio acogimiento dentro de la sociedad, y se presentan bajo dos formas: mitos y tabúes. Cuando las creencias cobran singular importancia como elementos explicativos centrales o justificativos de las estructuras socio-familiares, originan los mitos. Los tabúes son prohibiciones absolutas de carácter sagrado; tienen por función social preservar instituciones sociales vigentes; carecen de explicación formal, es decir, no expresan el por qué de la prohibición. Tanto los mitos como tabúes resultan de la forma que está organizada una sociedad (Gantier, 1982).

2.1.1. Socialización

La socialización es el proceso que una sociedad emplea para transmitir la cultura a los individuos/as, este proceso se inicia dentro de la familia. (Carrizo, López, Dávalos, 1982; Gantier, 1982). En cuanto a sus características se puede decir que la socialización es un:

- **Proceso de aprendizaje de conducta:** El individuo/a aprende desde pequeño/a a adaptarse al medio social, a los valores, normas, creencias, costumbres, es decir, aprende a aceptar una estructura social determinada.
- **Proceso permanente:** Está presente a lo largo del desarrollo vital del individuo/a y es permanente en la sociedad.
- **Proceso de interiorización normativa, imaginativa y valorativa:** Con esta interiorización comienza la integración del individuo/a a la sociedad. No se requiere de su opinión, simplemente de que acepte el código moral social que indica lo que es "bueno", "malo", "normal" o "anormal".

De lo anterior puede desprenderse que cada sociedad crea sus formas de controlar a los individuos/as, lo que permite la estabilidad de estructuras de organización y de dominio de unos/as sobre otros/as. Los valores, normas, creencias, son introyectados en los individuos/as como naturales y absolutos a través del proceso de socialización, perpetuando así actitudes y formas de uso u abuso de poder masculino sobre mujeres niños y niñas u otros hombres.

3. CONCEPTO DE VIOLENCIA

Antes de poder dar una definición de lo que es violencia, es importante delimitarlo ya que la ausencia de una clara discriminación conceptual entre términos tales como: *conflicto, agresividad, expresión, odio*; producen confusiones cuando se discuten las bases teóricas del problema de la violencia y en especial de la violencia doméstica por lo que se presentará una breve conceptualización acerca de los mismos.

Conflicto: Alude a factores que se oponen entre sí, éstos pueden ser intrapersonales o interpersonales. Los conflictos interpersonales "son uno de los resultados posibles de la interacción social, como expresión de la diferencia de intereses, deseos y valores de quienes participan en ella", es un factor participante en cualquier agrupamiento humano. "Suelen traducirse en situaciones de confrontación, de competencia, de queja, de lucha, de disputa, y de resolución en favor de una u otra parte, se relacionan con nociones tales como la autoridad, el poder, la aptitud, la capacidad, la habilidad, etc. Dado lo inevitable del conflicto en las relaciones interpersonales, el centro en cuestión pasa a ser el método utilizado para su resolución. No resulta difícil comprender la diferencia entre un conflicto resuelto mediante la puesta en juego de conocimientos, aptitudes y habilidades comunicativas, y otro que se resuelve mediante el ejercicio del poder y de la autoridad" (Corsi, 1994).

Agresividad: Término acuñado dentro de la psicología para dar cuenta de la capacidad humana para "oponer resistencia" a las influencias del medio. La agresividad humana tiene vertientes fisiológicas, conductuales y vivenciales, por lo que constituye una estructura psicológica compleja. Fernando Lolas (citado en Corsi, 1994), define la agresividad como "constructo teórico en el que cabe distinguir tres dimensiones:

1. Una dimensión *conductual* (en el sentido de conducta manifiesta) la que se le denomina *agresión*;
2. Una dimensión *fisiológica* (en el sentido de concomitantes viscerales y automáticas) que forman parte de estados afectivos;
3. Una dimensión *vincencial o subjetiva* que califica la experiencia del sujeto, a la que se le denomina *hostilidad*.

Agresión: Para Corsi (1994), "es la conducta mediante la cual la potencialidad agresiva se pone en acto", adopta formas disímiles: motoras, verbales, gestuales, posturales, etc. Toda conducta es una comunicación, por lo que la agresión comunica un significado agresivo, con un origen (agresor) y un destino (agredido). Siempre existe una direccionalidad en la conducta agresiva y una intencionalidad es decir, la intención por parte del agresor de causar daño.

Para Miedzian 1994, (citado en Pimentel 1997), "la palabra agresión tiene tres diferentes significados: agresión constructiva, como asertividad y decisión; agresión antisocial, como competición y preocupación exagerada por el dominio; y agresión destructiva, sinónima de violencia".

Daño: Entendido como cualquier tipo y grado de menoscabo para integridad del otro. Existen diferentes tipos de daño en una relación de abuso: a) daño físico; b) daño psíquico, c)daño económico.

En cuanto al término violencia la raíz etimológica remite al concepto de fuerza, y se corresponde con los verbos como violentar, violar, forzar, por lo que a partir de esta primera aproximación semántica se puede decir que la violencia implica siempre el uso de la fuerza para producir daño y en todos los casos, el uso de la fuerza nos remite al concepto de poder. La violencia implica una búsqueda de eliminar los obstáculos que se oponen al propio ejercicio del poder, mediante el control de la relación obtenido a través del uso de la fuerza; para que la conducta violenta sea posible tiene que darse una condición: la existencia de un cierto desequilibrio de poder, que puede estar definido culturalmente o por el contexto, u obtenido mediante maniobras interpersonales de control de la relación (Corsi, 1995).

Roccatti (1998) menciona: "En el campo del derecho y la psicología se llama violencia a todo acto mediante el cual se coarta la libertad volitiva de una individuo/a para obligarlo/a a hacer o dejar de hacer algo, es la fuerza por la cual se impone o se impide a un sujeto un acto determinado. En relación con los actos humanos es considerada como una de las causas que atenúan o suprimen la responsabilidad de una persona. Se considera la violencia como una fuerza que anula o limita el libre ejercicio de la voluntad y la coacción como a una fuerza que actúa de un modo meramente intencional o moral".

Para esta autora dentro de la violencia existen diferencias en cuanto a sus formas de expresión; ya que mientras la violencia física, causa severas consecuencias corporales, a través de torturas,

lesiones, incomunicaciones, privación de la vida; existe otro tipo de violencia (la no-física, o violencia moral), la cual es una acción de presión difícil de probar, variable y generalmente permanente.

4. CONCEPTUALIZACIÓN DE VIOLENCIA DOMESTICA

Para poder aproximarnos al estudio de la familia como entorno real de violencia, es necesario revisar las nociones míticas que muestran a la familia como lugar ideal de realización afectiva, comprensión recíproca y seguridad ya que esto representa uno de los principales problemas para una aproximación científica: el fenómeno de la violencia familiar, no se ve porque se ha hecho cotidiano, se ha "naturalizado", ha pasado a ser una situación esperada; las primeras experiencias de violencia se dan en el hogar, aprendiéndose que siempre va a existir una menor o mayor dosis de violencia en el aspecto familiar, se aprende a valorar esa violencia y a considerarla un medio eficiente para "educar" a los hijos/as.

En muchas sociedades los niños/as aprenden que los varones dominan y que la violencia es un medio aceptable de afirmar el poder y resolver conflictos. Las mujeres, madres y suegras (ya que a ellas se les asigna el cuidado y la educación de los hijos/as, perpetúan inconscientemente la violencia al socializar a niños y niñas para aceptar la dominación masculina y a ceder constantemente ante las demandas de los hombres. Las madres enseñan a sus hijas e hijos a aceptar los roles que la sociedad les asigna y toda la sociedad de una u otra forma castiga toda conducta diferente a través de mecanismos tales como la aceptación social y sexual entre otros, lo cual asegura la perpetuación de relaciones desiguales y de formas violentas para mantener el poder (Heise, 1994).

Para Saucedo (1994) la importancia de reconocer lo complejo de la violencia doméstica es que permite vislumbrar como este hecho exacerba de una manera muy particular la socialización de niños y niñas, ya que la violencia se experimenta como una forma "natural" en la manera en que se relacionan hombres y mujeres.

Rocatti, (1998) menciona: "cuando se habla de violencia se minimiza la que se ejerce cotidianamente en el entorno doméstico, principalmente porque ha sido "naturalizada". Aceptar que la violencia es una forma "natural" de relacionarse ha sido el factor determinante para su recurrencia en nuestras sociedades".

Los datos empíricos muestran a la familia por sus características de intimidad, privacidad y creciente aislamiento, como una organización que tiende a ser conflictiva; ahora bien, el conflicto, que parece inherente a la vida de la familia, no genera necesariamente la violencia; se podría decir que, por el contrario, el negar la inevitabilidad del conflicto es lo que muchas veces contribuye a la aparición de la violencia. A partir de investigaciones realizadas por Gelles y Straus, (1988, citado en Corsi, 1994), se han identificado 11 factores que pueden incrementar el riesgo potencial de conflicto dentro de una familia:

1. La cantidad de tiempo que los/as miembros de una familia están juntos/as.
2. La gama de actividades y temas de interés; la interacción entre los/as miembros de una familia se produce en una multiplicidad de contextos.
3. La intensidad de los vínculos interpersonales.
4. Los conflictos de actividades; es decir, las diferencias de opinión en las decisiones que afectan a todos los/as miembros.
5. El derecho culturalmente adquirido a influir en los valores, los comportamientos y las actitudes de los otros/as miembros de la familia.
6. Las diferencias de edad y sexo.
7. Los roles atribuidos, en función de la edad y el sexo.
8. El carácter privado del medio familiar.
9. La pertenencia involuntaria; es decir, el hecho de no haber elegido esa familia.
10. El estrés atribuible al ciclo vital, los cambios socioeconómicos y otros.
11. El conocimiento íntimo de la vida de cada uno/a de los otros/as miembros, de sus puntos débiles, de sus temores y preferencias.

Todos estos factores incrementan la vulnerabilidad de la familia para tener conflictos, sin embargo para comprender como del conflicto se pasa a la violencia es indispensable mencionar dos variables en torno a las cuales se organiza el funcionamiento familiar: el poder y el género. Ambas categorías aluden a una particular organización jerárquica de la familia. En ella la estructura de poder tiende a ser vertical, según criterios de género (violencia de género referida a mujeres y niñas) y edad (generalmente ejercida sobre los más débiles niños/as, ancianos/as y discapacitados/as o deficientes mentales). Así el concepto de "jefe de familia" (no olvidar el concepto romano de familia), corresponde al "varón adulto". Cuando, verticalidad, disciplina, obediencia, jerarquía, respeto y castigo son fundamentos que sirven de base para regular las relaciones intrafamiliares, se encuentran algunas de las siguientes "leyes" implícitas:

- "Los hijos/as deben respeto a los/as mayores".
- "La mujer debe obedecer y seguir a su marido".
- "Los hijos/as deben obedecer a los padres".
- "El padre debe mantener el hogar".
- "El padre es el que impone la ley".
- "Las faltas de obediencia al respeto deben ser castigadas" (Corsi, 1994).

Bajo el marco teórico descrito anteriormente Rodríguez (1990) menciona que la violencia doméstica "es la que se da entre personas que sostienen o han sostenido relaciones de intimidad como pareja. Incluye novios, cónyuges, cohabitantes o personas con quien se sostiene o se ha sostenido una relación consensual, puede ser física o psicológica. Dentro del contexto legal

existen algunos requisitos o límites a esta definición. En el contexto más amplio, ésta es cualquier tipo de acto, que en su intención o efecto tienda a destruir o a dañar la autoestima de la persona con quien se sostiene o se ha sostenido una relación de intimidad de pareja; puede además incluir la violencia hacia otros miembros de la familia como el maltrato a menores o ancianos/as".

Corsí (1994) menciona que la violencia doméstica es toda forma de abuso que tenga lugar en las relaciones de los miembros de una familia, entendiendo por relación de abuso a aquella forma de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, incluya conductas de una de las partes que, por acción o por omisión, ocasionan daño físico y/o psicológico a otro miembro de la relación.

Para Saucedo (1994) la violencia doméstica no es un acto violento que se ejerce sobre una persona en particular, sino más bien una dinámica que garantiza el control en un espacio donde transcurre la cotidianidad de la vida de múltiples sujetos relacionados entre sí por lazos de parentesco y/o afectivos. Para esta autora este tipo de violencia se ejerce con el objetivo de controlar a las mujeres en una relación de pareja y también, su dinámica garantiza el control sobre todos los integrantes de una unidad doméstica, donde son afectados niñas, niños, ancianos y discapacitados, es decir, las personas que pueden convivir en esa unidad doméstica.

Para Rocatti (1998), la violencia doméstica se hace manifiesta cuando alguno de los miembros de la familia, abusando de su fuerza, de su autoridad, o de cualquier otro poder que tenga, violenta la integridad física o la tranquilidad emocional de uno/a o varios/as miembros de la familia.

Finalmente para la asamblea de Representantes del Distrito Federal en la "Ley de Asistencia y Prevención de Violencia doméstica" decretada el 6 de junio de 1996, en su artículo 3 entiende:

- 1) Los generadores de violencia doméstica son aquellos que realizan actos de maltrato físico, verbal, psicoemocional o sexual hacia personas con las que tengan algún vínculo familiar.
- 2) Los receptores de la violencia son el grupo de sujetos y sujetas vulnerables que sufren el maltrato físico, verbal, psicoemocional o sexual en su esfera biopsicosexual.
- 3) La violencia doméstica será entendida como aquel acto de poder u omisión, recurrente, intencional y cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tenga alguna relación de parentesco por consanguinidad, tengan

o la hayan tenido por afinidad, civil, matrimonio, concubinato o mantengan una relación de hecho, y que tiene por efecto causar daño, y que puede ser de cualquiera de las siguientes clases:

a) Maltrato físico.- Todo acto de agresión intencional, repetitivo, en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física del otro/a encaminado al sometimiento y control.

b) Maltrato psicoemocional.- Al patrón de conducta consistente en actos u omisiones repetitivos cuyas formas de expresión pueden ser: prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes devaluatorias, de abandono y que provoquen en quién las recibe deterioro, disminución o afectación de su estructura de personalidad.

c) Maltrato sexual.- Un patrón de conducta consistente en actos u omisiones reiteradas y cuyas formas de expresión pueden ser: negar las necesidades sexo afectivas, inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor, practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio de la pareja y que generen daño. Así como los delitos a que se refieren el Título Decimoquinto del Código Penal para el Distrito Federal, es decir, aquellos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual, respecto a los cuales la presente Ley sólo surte sus efectos en el ámbito asistencial y preventivo.

FORMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

4.1 Maltrato infantil

El maltrato infantil, es considerado como "cualquier acción u omisión, no accidental, que provoque daño físico a un niño/a por parte de sus padres o cuidadores". (Corsi, 1994), este hecho al igual que otros problemas como la violación o la mujer maltratada, presenta como característica, el "efecto iceberg"; es decir sólo se conoce una cantidad mínima de ocurrencia. La definición del maltrato infantil engloba diferentes tipos de maltrato (cuadro 2)

Al respecto Pall, M. y Blackburn (1983) mencionan que el abuso a los niños/as es cuando las madres y padres o cuidadores (un adulto/a que actúa como un cuidador), lastima el cuerpo o los sentimientos de sus niños/as con intención, y es el único camino para dar atención a los niños/as. Dicho autor menciona que de vez en cuando, todos los adultos, lastiman de alguna manera a sus niños/as ya sea accidental o intencionalmente y lo define como:

a) Daño intencional: Este ocurre cuando los padres/madres gritan, golpean, tocan el cuerpo con intención sexual, hablan de sexo dando información inadecuada para la edad de la/el menor o bien cuando ignoran las necesidades físicas, emocionales y afectivas de sus hijos/as siendo la manera habitual de relacionarse con éstos/as.

b) Daño por accidente o por nuestro bienestar: Este ocurre cuando los padres/madres tiene que lastimar a sus hijos/as para curar alguna herida, o para poner una inyección, también pueden lastimar los sentimientos de sus hijo/asa por una broma, por corregir al niño/a por ignorarlos al no estar dimensionando la importancia con la que sus hijos/as están tratando algún suceso: si esto ocurre sólo de vez en cuando y no es la manera habitual con la que los padres/madres se relacionan con sus hijos/as, podemos decir que no existe maltrato.

FORMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

MALTRATO INFANTIL	Formas activas	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso físico • Abuso emocional • Abuso sexual
	Formas pasivas	<p>Abandono físico Abandono emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abuso físico • Abuso emocional • Abuso sexual • Control y/o abuso financiero
VIOLENCIA CONYUGAL	Maltrato hacia la mujer	
	Violencia cruzada Maltrato hacia el hombre	
MALTRATO A ANCIANOS	Formas activas	<ul style="list-style-type: none"> • Maltrato físico • Maltrato emocional • Abuso financiero
	Formas pasivas	<p>Abandono físico Abandono emocional</p>

Cuadro no.2 : FORMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA Corsi, J (1994)
Violencia intrafamiliar. Argentina: Faidos

Frecuentemente cuando existe violencia del padre hacia la madre, los niños/as también son violentados físicamente (por supuesto la presencia de estrés se origina en el niño/a sea o no el también atacado/a, es una forma de maltrato); o en otras ocasiones la madre es la que aparece como agresora; esto probablemente sea por el fenómeno de cascada, debido a que la violencia se ejerce del fuerte al débil. De adultos/as a niños/as y, la madre, es la adulta que tiene más contacto con el niño/a. Los "niños/as víctimas normalmente toleran la violencia junto con sus madres" (Sayavedra, 1993, citado en Pimentel 1993).

Estas formas de maltrato provocan también que los niños/as abandonen el hogar, pasando a formar parte de los niños/as de la calle o en la calle, este fenómeno que se ha generalizado a nivel mundial ocasiona gastos públicos, desestabilización económica, además de lo que implican los problemas psicológicos, educativos y emocionales en el niño/a involucrado en esta situación a causa de la disfunción familiar, la explotación infantil y el maltrato físico y psicológico.

Pastor (1996) menciona algunas de las causas del maltrato físico y emocional, afirmando que éste es un problema ancestral, que con excepción del maltrato físico grave y el abuso sexual, continua siendo tolerado e inclusive estimulado por una variedad de razones, entre ellas:

a) La concepción de lo que es maltrato y sus efectos: El abuso del poder y la violencia son formas aceptables de relacionarse en nuestra y otras sociedades. La violencia es una conducta aprendida en la familia, pero es creación de la sociedad y obedece a un orden e interés social, que flagela, los más básicos derechos humanos. Para que ante el maltrato infantil halla intervención de la comunidad y las instituciones, se necesita que éste sea grave y exista evidencia física de que se cometió, por lo que el maltrato emocional no se considera tan grave ni amerita castigo, de lo que se desprende que las formas de maltrato más comunes, las que se practican a toda hora y en todos los niveles socioeconómicos, para éstas, no hay respuesta alguna pues pegar, gritar, ignorar y humillar son conductas "normales".

b) El lugar que ocupan las niñas y niños en la sociedad: Se dice a diario que éstos/as son el futuro, el fruto del amor, lo más preciado, y últimamente esta de moda hablar de los derechos humanos de los niños y las niñas. Sin embargo, en la práctica este lugar privilegiado se pierde en el momento en que las necesidades e intereses de los niños y de las niñas anteceden, contradicen o inoportunan las de sus padres, madres, maestros/as y adultos/as en general entre las creencias están:

- Los hijos y las hijas son propiedad de los padres y las madres y por lo tanto la sociedad no tiene ningún derecho o responsabilidad sobre lo que sucede en el núcleo familiar.
- En general las y los adultos se adjudican el poder, la autoridad sin ni siquiera escuchar la opinión de las niñas y los niños

c. Una concepción equivocada/patriarcal sobre lo que es ser hombre, ser mujer, ser padre o madre. Aunado a los papeles estereotipados de hombre y mujer donde el primero es concebido como poderoso, fuerte, insensible e invencible, y la mujer como indefensa, impotente, sumisa.

madre y perteneciente al hombre; se encuentra también la creencia de que ser padre o madre más que una responsabilidad o un derecho, es una obligación de toda mujer u hombre que quiere realizar además de que dicha maternidad o paternidad se conciben como un acto de fecundación, embarazo y parto y no como una de las tareas más difíciles y complejas a la que se enfrentan los seres humanos.

d. **La sexualidad es un tabú:** En el caso del abuso sexual que como ya se mencionó es una forma específica de maltrato, es importante resaltar que el limitado entendimiento de la sexualidad y las creencias, mitos y prejuicios al respecto, juegan un papel crucial en el maltrato. La sexualidad es tan desconocida, prohibida y amenazante, que aún cuando se trata de abuso sexual no se habla ni se interviene en éste. Esta concepción equivocada, incluye ver al género femenino como un objeto para satisfacer las "necesidades sexuales".

e. **Una definición equivocada de la educación:** En la práctica este término ha sido reducido a la tarea de disciplinar, y se asocia a ésta con el castigo. Sin embargo éste -contrario a la disciplina- consiste en controlar la conducta a través del miedo, no respetando los sentimientos de otros/as, y reducir la educación a indicar "lo que no se debe hacer". Otro factor que influye es que la mayoría de las personas aún conciben a los niños y niñas como "adultos chiquitos" donde no se desconocen sus intereses, conocimientos y facultades las cuales son distintas a los adultos y adultas.

f. **Las leyes no protegen de manera adecuada a los y las menores, existe un desconocimiento de las pocas leyes existentes y una desconfianza hacia las autoridades de justicia y de seguridad pública.**

4.2. Maltrato a Ancianos/as

Este, es definido como "todo acto que, por acción u omisión, provoque daño físico o psicológico a una anciana/o por parte de un miembro de la familia". Comprende las agresiones físicas, trato despectivo, descuido en la alimentación, el abrigo, los cuidados médicos, el abuso verbal, emotivo y financiero, la falta de atención, la intimidación, las amenazas, entre otros, por parte de los hijos/as u otros/as miembros de la familia (Corsi, 1994; Sayavedra, 1993 citado en Pimentel, 1997).

4.3. Violencia conyugal

La violencia conyugal, "incluye las situaciones de abuso que se producen en forma cíclica y con intensidad creciente, entre los miembros de la pareja conyugal. Según estudios y resultados reportados por Corsi (1994), el 2% de los casos corresponde al abuso hacia el hombre, el 75% de los casos corresponde al maltrato hacia la mujer y el 23% restante son los casos de violencia recíproca o cruzada". Como se puede observar en gran medida esta violencia recae en la mujer y es cometida por el varón.

En muchas ocasiones los términos maltrato conyugal, maltrato de esposas y maltrato de mujeres se utilizan indistintamente para describir la conducta violenta en la relación de pareja. Sin embargo, dependiendo del contexto, la definición puede ser más amplia o limitada. Maltrato a esposas es probablemente, el más viejo de los términos con que las propias mujeres y el feminismo nombraron el problema que nos ocupa, para la década de los 70's. Más adelante, se

acuñó el concepto de *maltrato a mujeres* para que no quedara duda de que esta forma de violencia afectaba también a otras mujeres en relaciones de pareja y no solamente a las que estaban legalmente casadas, que son las que legalmente se consideran esposas; *maltrato conyugal* es un término que nos llega del mundo de la academia y de la investigación, que en muchos casos prefiere describir el fenómeno sin el obvio énfasis de género que implica nombrarlo como *maltrato de esposas* y *maltrato de mujeres* (Rodríguez, 1990).

Larrin (1994, citado en Pimentel, 1997) considera a la mujer maltratada como: "aquella que ha sufrido abuso físico intencional y/o ha sido forzada a realizar acciones que deseaba un hombre adulto, con quien había establecido vínculos, que generalmente incluían intimidad sexual, estuviera o no legalmente casada".

Corsi (1994) define a la violencia conyugal como "toda conducta abusiva que se da en el marco de una relación adulta, que habitualmente incluye la convivencia (aunque no en todos los casos)". Esta relación de abuso puede darse desde el marco del noviazgo hasta después de otorgado el divorcio. Manifestándose en "formas de demostrar control dominio sobre el otro, se repiten cíclicamente y se van agravando en intensidad y frecuencia".

4.3.1. Factores psicosociales que intervienen en la mujer maltratada

Para entender completamente su dinámica es necesario considerar dos factores: 1) su carácter cíclico; 2) su intensidad creciente. Esta escalada creciente puede terminar en homicidio o en suicidio (Corsi, 1995).

Funk, (1988), describe que la mujer que se encuentra dentro del maltrato conyugal, en todo momento se encuentra capturada en una serie de conductas, de ejercicio de poder y control por parte de la pareja masculina:

Walker (1979) , describió el ciclo de la violencia y este fue adoptado por autoras como: Rodríguez, 1990; Corsi, 1994; Pimentel, 1997; Echeburúa, 1994; Funk, 1998; la comprensión de este ciclo ayuda a explicar porqué las mujeres con este tipo de maltrato continúan en esa situación y por qué no escapan. Se describe a continuación:

Estado de acumulación de tensión: Se caracteriza por que los incidentes de maltrato ocurren en menor frecuencia y severidad. La mujer en esta fase puede manejar estos incidentes a través del uso de mecanismos de distorsión cognitiva que le permitan ejercer cierto control provisional

del suceso de maltrato, los cuales pueden ser: 1) Creer que al esmerarse en hacer su trabajo, lo que implica estar pendiente de los más mínimos antojos y/o caprichos y aún anticiparse a ellos, la pareja, no la maltratará; 2) asumir en todo momento la responsabilidad del enojo de su pareja, lo cual implica negar su propio enojo ante las conductas de maltrato o bien racionalizar que ella merece dicho maltrato; 3) Adjudicar el incidente del maltrato o estallido de violencia a factores externos como: problemas de trabajo y/o familiares, enfermedad, alcoholismo etc. Cabe mencionar que durante el estado inicial de esta fase, la mujer maltratada verdaderamente tiene un limitado control, pero como la tensión se va incrementando, el control es rápidamente perdido.

Episodio agudo: Este se caracteriza por ser mucho más breve que las otras dos fases, habitualmente dura entre dos y 24 horas. Esta fase no es predecible ni controlable, haga lo que haga la mujer será violentada física, emocional o sexualmente, así mismo se caracteriza por una mayor destrucción, lo cual no implica que los actos de maltrato de la fase de acumulación de tensión no sean también destructivos, sin embargo lo que distingue una fase de la otra es el grado de severidad del incidente el cual es percibido por ambos lados de la pareja.

Conducta arrepenrida, "luna de miel": Esta fase se caracteriza por el arrepentimiento y la demostración de afecto del hombre golpeador, quien se comporta de manera diferente a la que acostumbre ser de tal manera que agrada a la mujer y sobre todo cultiva en ella la esperanza de un posible cambio de su parte. Sin embargo, una vez que ha surgido el primer episodio de maltrato, y a pesar de las muestras de arrepentimiento del maltratador, la probabilidad de nuevos episodios (y por motivos cada vez más insignificantes) es mucho mayor (Walker, 1979).

En la mayoría de los casos la mujer maltratada no percibe este ciclo y reacciona ante el "amor" y la violencia como acontecimientos que ocurren al azar. La creencia de que debe "ayudar" a su marido para que los aspectos positivos de la conducta de éste sean posibles, tiene como consecuencia, en muchos casos, la adquisición de la responsabilidad de la violencia, así como la aparición de sentimientos de culpabilidad y de baja autoestima cuando sus expectativas fracasan (Echeburúa, 1994).

Rodríguez, M. (1990) menciona que son muchas las razones que pueden llevar a una mujer a mantenerse en una relación de maltrato o resanudar ("volver") a una relación con el agresor. Algunas de las que más frecuentes son:

- Miedo al cambio, a lo que pueda pasar, a estar peor que dentro de la situación de maltrato, a las amenazas/venganza/represalias del varón.
- Dependencia, económica y emocional.

- **Inhabilidad aprendida**, como la consecuencia de una socialización que le hace ver a la mujer que ella es inferior, que no es capaz de planificar, de decidir, de controlar y de lograr lo que se propone; que no tiene otra alternativa que "aguantar". Cuando el maltrato continúa y se convierte en rutina, muchas víctimas llegan a pensar que realmente no hay nada que hacer. La persona que cree que no puede escapar del abuso no percibe las alternativas de "escape", aún cuando éstas pueden ser percibidas por los demás (Walker, 1979).
- **Cumplir con la expectativa social "femenina"**, de ser mujer, esposa y madre; de mantener un matrimonio felizmente unido; de ser responsable de la unidad, felicidad y paz familiar, de ceder frente al conflicto; de perdonar.
- **Negación y/o justificación** que llevan a la víctima a negar o minimizar -en ocasiones- la violencia de la cual es objeto, racionalizando los motivos y el alcance de los actos de agresión (ejemplos: "él no quiso hacerlo"; "los hombres son así"; "después de todo él es el padre de mis hijos"; "bebí demasiado", etc.)
- **Aislamiento**, distancia física y emocional de los demás, particularmente de los que fueron o debían ser seres significativos (familiares, amigos, vecinos). A veces el aislamiento lleva a la víctima a pensar que lo que está viviendo le pasa a ella y no a otras; que está sola.
- **Falta de apoyo o respuestas inadecuadas** a los reclamos de la víctima por parte de seres significativos que conocen la situación de maltrato por haberla presenciado o porque ella misma los ha enterado, pero rehúsan a ayudarla porque no saben hacerlo o no se atreven.
- **Falta de apoyo institucional** por parte de los sistemas justicia, de las instituciones religiosas, de los hospitales, de los profesionales de salud, de la escuela, del trabajo.
- **El afecto**, ya que muchas mujeres maltratadas expresan sentir amor o suficiente afecto por sus parejas como para no desear "abandonarlos". Algunas, sobre todo, al principio de la relación maltratante, no desean la separación, lo que desean es que ellos dejen de ser violentos.

4.3.2. Factores psicosociales que intervienen en el hombre maltratador

Dohmen (1995) define al hombre maltratador como un sujeto de sexo y género masculino que ejerce modalidades de victimización: violencia física, maltrato emocional, violación sexual, en forma exclusiva o combinada e intencional sobre las personas con quien mantiene un vínculo de intimidad.

Las razones por las cuales los hombres maltratan a sus esposas deben ser analizadas en relación con factores sociales y psicológicos; al respecto Rodríguez (1990) aporta que las causas de la violencia doméstica están en las bases de una sociedad sexista, donde se promueve la desigualdad de las relaciones entre hombres y mujeres al permitir el ejercicio privado e institucionalizado del poder, el control, el dominio y la violencia. Estos estereotipos sexuales remiten a la socialización genérica en que se socializa a los individuos.

En este sentido entonces se entiende a la masculinidad como un complejo de creencias, valores, actitudes y conductas con las cuales los hombres construyen una identidad genérica, que implica un proceso de socialización de género, con una configuración estereotipada, que conforma la denominada "mística masculina". La incorporación de este modelo tradicional se

opera a través de los mecanismos de aprendizaje social vehiculados por la familia, las instituciones educativas y recreativas, los medios de comunicación masiva y las distintas formas simbólicas de acceso a la cultura..

Modelo masculino tradicional: Este se apoya en tres ejes esenciales que configuran un perfil psicológico:

- **Restricción emocional:** Consiste básicamente en no hablar acerca de los propios sentimientos, especialmente con otros hombres. Las necesidades emocionales de los hombres existen, pero parece que su expresión estuviera "prohibida" o reducida a algunos estereotipos
- **Obsesión por logros y éxitos:** La socialización masculina se apoya en el mito del "ganador". Esto implica estar en un permanente estado de alerta y competencia. Para demostrar seguridad, es preciso ejercer un efectivo autocontrol repressivo que regule la exteriorización de dolor, tristeza, placer, etc. (sentimientos generalmente asociados con "debilidad").
- **El miedo a la femineidad:** En el marco de una cultura patriarcal, el varón se ve impulsado a construir su identidad por la negativa, evitando todo lo que es culturalmente definido como "femenino" (Coral, 1996).

Dichos ejes originan una serie de creencias culturales que dan sustento a la socialización masculina entre las que se encuentran:

- a) La masculinidad es la forma más valorada de la identidad genérica.
- b) El poder, la dominación, la competencia y el control son esenciales como prueba de masculinidad.
- c) La vulnerabilidad, los sentimientos y las emociones en el hombre son signos de femineidad, y deben ser evitados.
- d) Las relaciones interpersonales que se basen en emociones, sentimientos, intuiciones y contacto físico son consideradas femeninas y deben ser evitadas.
- e) La violencia es el modo legítimo en que los hombres pueden resolver los conflictos interpersonales, independientemente de que sea o no peligro a su integridad.
- f) El pensamiento racional y la lógica masculina son la mejor forma y legítima de comprender el entorno o cualquier problemática que se presente.
- g) La autostima se apoya principalmente en los logros y los éxitos obtenidos en la vida laboral y económica.
- h) El éxito masculino en las relaciones con las mujeres está asociado a la subordinación de ésta, a través del uso de poder y el control de la relación.
- i) La sexualidad es uno de los principales medios de competencia a través del cual se prueba la potencia masculina; sin embargo en este ámbito la sexualidad y la ternura son consideradas femeninas y deben ser evitadas.
- j) La cercanía emocional con otros hombres debe ser evitada porque vuelve al varón vulnerable y lo pone en desventaja en la competencia por las mujeres; además de que puede implicar afeminamiento y homosexualidad.

El hombre golpeador

Según Kaufman (1989), la violencia de los hombres se da en tres dimensiones: la violencia hacia las mujeres, la violencia entre hombres y la violencia hacia él mismo, ésto derivado de mantener creencias de superioridad frente a los y las demás, lo cual demanda una gran cantidad de energía y la puesta en práctica a través del control y el dominio del entorno y de los demás.

Corsi (1995) analiza algunos factores que permiten analizar la conducta violenta del hombre y más específicamente del hombre golpeador, entre los que se encuentran:

- 1) La falta de una vivencia personal de seguridad, la cual necesita ser compensada a través de una actitud extra firme y autoritaria, que no muestra esa debilidad interna que en el fondo existe, son hombres que de manera permanente perciben amenazada su autonomía y su poder, por lo que cualquier situación conflictiva va a provocar miedo a perder el poder y/o control, el cual se intenta retomar rápidamente a través del uso de la violencia.
- 2) El sostenimiento de valores culturales acerca de lo que "debe" ser un varón y de los mitos culturales de la masculinidad, son hombres que aunque no lo digan sostienen formas de relación que tienden al control y la dominación de quien consideran inferior.
- 3) La dificultad de comunicar sentimientos, lo cual se relaciona con ciertos pautas de socialización masculina que están asociadas a la prohibición de expresar libremente los sentimientos porque estos son fuentes de debilidad. Esta especie de "analfabetismo comunicacional" está relacionada con la inhabilidad para resolver los conflictos de otra manera que no sea la violenta.
- 4) La presencia de un aislamiento emocional es decir la ausencia de relaciones con un grado de intimidad tal que permita hablar de sentimientos propios, de conflictos afectivos etc.
- 5) Por último y aunque resulte poco evidente, se encuentran los indicios de una imagen de sí mismo muy desvalorizada; si en otros ámbitos es un hombre poco asertivo e inseguro, en el ámbito conyugal, dentro de la privacidad de su casa, se puede sentir a salvo de la mirada de los demás. Entonces puede emerger, bajo la forma de violencia, lo que en otros lugares no manifiesta.

Dohmen (1995) describe algunos de los rasgos distintivos que permiten la identificación de hombres violentos, agrupando los aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales (cuadro 6).

6). De acuerdo a lo anterior podemos observar que el abuso sexual forma parte de una dinámica de violencia, social y familiar, la cual se manifiesta en un continuo de vivencias cotidianas "naturales" que tienen como finalidad el manejo de poder y control de los/as miembros de una cultura cuyo origen y funcionamiento se basan en una estructura jerárquica y patriarcal, donde la violencia es un elemento importante que permite mantener dicha forma de organización

RASGOS DISTINTIVOS DEL HOMBRE GOLPEADOR

<p style="text-align: center;">AREA COGNITIVA (Pensamientos, creencias, suposiciones)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar las consecuencias de sus acciones • Sostener expectativas elevadas y poco realistas respecto a la mujer o de la relación. • No definir su conducta violenta • Creer que la mujer es la que provocó su reacción • Justificar su conducta basándose en la intención de corregir o educar • Creer que el hombre debe ejercer la jefatura del hogar • Creer que la mujer e hijos deben obedecerlo • Atribuir la causa de su conducta a factores externos
<p style="text-align: center;">AREA COMPORTAMENTAL (Acciones)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disociar conducta pública y privada • Actuar impulsivamente • Aislarse de los demás • Adoptar conductas posesivas • Expresar la mayoría de sus emociones bajo la forma de enojos • Controlar y dominar • Adoptar conductas rígidas e inflexibles • Tomar decisiones unilateralmente • Tener conductas autodestructivas <p>Nota: ver cuadro no. 4</p>
<p style="text-align: center;">AREA AFECTIVA (Sentimientos y emociones)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Restricción emocional • Acumulación de edo. afectivos que no se expresan • Frustración • Depresión • Autodesvalorización • Sentimientos de impotencia • Sentimientos de indeferación • Temores • Insatisfacción • Celos • Necesidad de venganza

Cuadro no. 3: RASGOS DISTINTIVOS DEL HOMBRE GOLPEADOR. Dohmen (1988). En Corsi (1994). *Violencia intrafamiliar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós

CAPITULO 3

El abuso sexual en la/el menor representa un factor que conlleva severas consecuencias psico-sociales, las cuales pueden alcanzar importante trascendencia a lo largo del desarrollo de la niña/o, por lo que en el presente capítulo es necesario hacer una descripción del desarrollo "normal" de las/os menores con el fin de posteriormente comprender los efectos psicológicos que el abuso sexual puede provocar en el proceso del desarrollo de una/un individuo.

1. CONCEPTO DE DESARROLLO HUMANO

El desarrollo humano se centra en las formas cuantitativas y cualitativas en que las personas cambian a través del tiempo, dichos cambios se ven influenciados por factores ambientales psicológicos y socioculturales, que van determinando la individualidad del ser humano. El proceso del desarrollo humano debe ser visto como un continuo mediante el cual una niña/o adquiere habilidades gradualmente más complejas, que le permiten interactuar cada vez más con las personas, los objetos y las situaciones de su medio ambiente. Abarca las funciones de la inteligencia y el aprendizaje, por medio de los cuales la niña/o entiende y organiza su mundo. También incluye la capacidad de comprender y hablar su idioma, movilizar y manipular objetos, relacionarse con las/os demás, y el modo de sentir y expresar sus emociones (Atkin et al., 1987). Dentro de este proceso el ser humano se enfrenta a una serie de situaciones que desembocan en crisis vitales (en griego es el acto de distinguir, elegir y/o resolver, las cuales tienen como objetivo llegar nuevamente a un equilibrio mucho mayor que el que ya se tenía. (Monroy, 1994)..

Gerald Caplan (citado en Burgess 1974), define la crisis como un desequilibrio psicológico, en donde la/el individuo que lo sufre tendrá que buscar una nueva forma de enfrentar el problema que lo ocasiona a través de nuevos recursos en sus propias fuerzas y su entorno. Diversas investigaciones apuntan a una clasificación de éstas en dos tipos: 1) Del desarrollo; 2) Crisis externas.

CRISIS DEL DESARROLLO

Las crisis del desarrollo son eventos esperados, que ocurren a las/os individuos en el curso de su vida. Como son esperados, la/el individuo tiene la oportunidad durante su desarrollo de prepararse para estos eventos. Erik Erikson (1980), conceptualiza el desarrollo como:

- 1) Una sucesión de fases cualitativamente diferenciadas de su etapa precedente siendo éstas: infancia, niñez temprana (prescolar), niñez intermedia (escolar), adolescencia y la adultez
- 2) Entre una fase y la siguiente, se caracterizan periodos de transición, los cuales se deben a una organización de la conducta.

- 3) Enfatiza la relación entre el desarrollo social de la persona y su entorno social, así como el aspecto normal de las etapas del desarrollo.
- 4) Plantea que la fase de desarrollo incluye un incremento de conflictos.
- 5) Identifica estas crisis de desarrollo en términos de tareas que deben ser resueltas en cada fase. (Burgess, 1974).

El desarrollo humano, sigue una trayectoria ordenada y bien definida que tiene los siguientes principios:

- El desarrollo procede de lo simple a lo complejo.
- Va de lo general a lo específico.
- Diferentes áreas del desarrollo cobran importancia en diferentes momentos del mismo.

Para fines del estudio del desarrollo humano se ha dividido el ciclo de la vida en diferentes periodos, o niveles de desarrollo, los cuales se determinan a partir de los cambios en las áreas motora, cognitiva, de la personalidad, y sexual, las cuales conforman los ejes de desarrollo y que se hacen evidentes en las diferentes etapas cronológicas por las que atraviesa el ser humano; dichas etapas son: primera infancia (del nacimiento a los 3 años); niñez temprana o preescolar (de 3 a 6 años); niñez intermedia o escolar (de 6 a 12 años); adolescencia (de 12 a 18 años); edad adulta temprana (de 18 a 40 años); edad adulta media (de 18 a 40 años); edad adulta avanzada (40 a 65 años); edad adulta tardía (65 en adelante). Todas estas divisiones son algo arbitrarias, tienen mucho de subjetivas ya que la vida individual de las personas no está demarcada en forma tan precisa (Papalia 1990).

Para fines del presente trabajo se hará una descripción de los cambios que ocurren en las áreas: motora, cognitiva, de la personalidad, y la sexual, a lo largo de las etapas que abarca la primera infancia hasta la adolescencia; esta última se describirá aparte debido a la cantidad de cambios que implica la misma.

1.1. DESARROLLO PSICOMOTOR

No existe la edad "correcta" en que una niña/o debe tener cierta estatura o peso o debe estar ejecutando actividades específicas. La gama de la normalidad es bastante amplia, pero existen patrones básicos que se siguen a medida que transcurre la vida (Cratty 1982; Papalia 1990). El desarrollo físico sigue tres principios de progresión, tanto en el crecimiento físico como en el motor. 1) El principio céfalo-caudal (del latín "cabeza a cola"), establece que el desarrollo debe proceder desde la cabeza hasta la parte inferior del cuerpo; 2) De acuerdo con la ley próximo distal (del latín "cerca lejos") el desarrollo procede desde la parte central del cuerpo hacia las partes periféricas; 3) El control de los grandes músculos se adquiere antes que el de los pequeños músculos (Cratty 1982).

1.1.1 Primera infancia

Se describirán algunas conductas indicadoras del proceso del desarrollo motor que se llevan a cabo en esta etapa; dichas conductas fueron seleccionadas según los siguientes criterios:

- Representan habilidades básicas que probablemente son comunes a niños y niñas de muchos países
- Representan logros importantes que son el resultado de una serie de pasos previos o marcan el inicio de nuevas habilidades
- Son relevantes como signos de alarma y como manifestación de importantes problemas del desarrollo (Cuadro 4)

1.1.2. Niñez temprana

(preescolar)

En este período los niños son poco más fuertes que las niñas y tienen los músculos más desarrollados (Garai y Scheinfeld 1968, citado en Papalia, 1990). Sin embargo, las niñas los aventajan en otras tantas tareas, incluyendo la coordinación de los músculos finos (Cratty, 1982). Estas diferencias en los niveles de eficacia pueden ser el resultado de diferencias esqueléticas, pero también es posible que reflejen diferentes actitudes sociales que destacan, actividades de distinto tipo para los niños y para las niñas (Papalia, 1990).

1.1.3. Niñez intermedia

(escolar)

Entre los seis y los doce años, la capacidad de las niñas/os para moverse y manejarse con eficacia en su ambiente mejora en forma notable. Si bien durante esta etapa hay todavía cambios evidentes debidos al desarrollo, los ritmos de crecimiento empiezan a ceder al llegar la niña/o a su sexto año y no continúan con la rapidez que los caracterizó en los cinco primeros años.

Durante esos años se ponen en evidencia cierto número de cambios estructurales. Los huesos largos crecen de forma regular y la cualidad de los músculos de ambos sexos se iguala. Tanto varones como mujeres denotan mayor densidad y energía musculares.

1.2. DESARROLLO INTELECTUAL

Antes de iniciar con la descripción de los cambios ocurridos en esta área a lo largo de las etapas es necesario definir algunos conceptos:

- **Esquema:** Unidad cognoscitiva básica. Este concepto implica a la vez una organización mental o conceptualización de una situación específica, y una conducta observable. Se conoce el esquema por la conducta que implique.
- **Invariantes funcionales:** Influyen en el desarrollo cognoscitivo durante todas las etapas.

CONDUCTAS INDICADORAS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

AREA MOTOR GRUESO	AREA MOTOR FINO	AREA PERSONAL-SOCIAL
<p>1. Reacción al ser cargado Desde que nace la niña/o es capaz de acomodarse al cuerpo de la persona que lo carga y levantar la cabeza brevemente.</p> <p>2. Posición boca abajo 6-1 mes: Levanta la cabeza ligeramente y se voltea sobre costado. 2-5 meses: Levanta cabeza; se apoya sobre antebrazos 4-7 meses: Levanta el tórax; alcanza objetos en esta posición.</p> <p>3. Posición sentado 3-6 meses: La cabeza no cuelga atrás. 5-10 meses: Se sienta solo</p> <p>4. Movilidad 6-12 meses: Se arrastra y/o gatea 4-8 meses: Con ayuda puede pararse. 8-13 meses: Camina con ayuda 11-18 meses: Camina solo.</p> <p>5. Equilibrio y coordinación 18-15 meses: Se agacha y puede volver a pararse solo 18-24 meses: Come sin caerse 17-30 meses: Salta con los pies juntos en el mismo lugar. 2-4 años: Mantiene el equilibrio con un pie varios segundos, sin apoyo.</p>	<p>1. Mirar objetos y personas 0-1 mes: Mira la cara a una distancia fija. 0-3 meses: Mira la cara u objetos en movimiento. 3-5 meses: Mira personas que se mueven (a unos metros).</p> <p>2. Coger y manipular objetos 0-3 meses: Al tocarle la palma, la mano se aprieta automáticamente. 2-4 meses: Agarra un objeto que se encuentra cerca de su mano. 4-8 meses: Pasa un objeto de una a otra mano. 10-16 meses: Toma objetos pequeños entre el pulgar y el índice. Ensarta cuentas.</p> <p>3. Buscar objetos 4-8 meses: Busca un objeto que cae fuera de su vista (si hacer ruido). 8-12 meses: Encuentra objetos escondidos bajo un trapo. 12-18 meses: Utiliza instrumentos para acercar un objeto deseado.</p> <p>4. Dibujar 12-23 meses: Garabatea espon táctilmente con un lápiz o palo. 19-36 meses: Imita un trazo en cualquier dirección.</p> <p>5. Se desviste y se viste 13-24 meses: Se quita una prenda de vestir. 2 ½ - 4 ½ años: Se abrocha los botones.</p>	<p>Es probablemente el área de desarrollo más sensible a variaciones en los aspectos culturales y sociales del ambiente y, en muchas maneras, la más difícil de evaluar. Sin embargo, son útiles, porque reflejan la integración de habilidades de varias áreas de desarrollo, así como la calidad de la interacción de la niña/o con su medio ambiente.</p> <p>1. Inicios de la relación social 1-3 meses: Reconoce a su madre. 3-6 meses: Goza activamente del juego. 4-6 meses: Responde al tono de voz y a los gestos de los demás. 5-8 meses: Se pone serio al ver a personas desconocidas.</p> <p>2. Juegos 5-10 meses: Se divierte jugando a esconderse. 7-13 meses: Imita gestos. 9-16 meses: Juega a la pelota con otra persona. 20 meses- 3 ½ años: Juegos colectivos con otras niñas/os.</p> <p>3. Vida cotidiana 14 meses-2 años: Ayuda en tareas sencillas. 19 meses-3 años: Lava y seca sus manos y cara. 2-4 ½ años: Se relaciona con desconocidos.</p>

Cuadro 4-CONDUCTAS INDICADORAS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR. Astin et. al (1984). Manual de estimación temprana. UNICEF, SEP

• **Organización:** Es el resultado de la interacción de unas cuantas estructuras básicas accesibles al nacer, y de la interacción de la niña/o con el medio ambiente, lo cual permite un desarrollo de nuevas estructuras que dan como resultado maneras más efectivas de tratar lo que nos rodea (Labinowicz, 1982).

• **Adaptación:** Proceso dual que permite crear nuevas estructuras y manejar efectivamente la información del medio ambiente. Este proceso incluye la asimilación y la acomodación, que constituyen la esencia de la conducta inteligente, dichos procesos determinan los cambios en la conceptualización. Se define como asimilación a la toma o incorporación de un nuevo objeto experiencia o concepto, a un conjunto ya existente de estructuras. La asimilación de nueva información en las estructuras ya existentes, lleva a resistir el cambio; con lo que se garantiza que el desarrollo intelectual sea deliberado y continuo. La acomodación es un proceso mediante el cual las niñas/os cambian sus estructuras mentales para manejar nuevos objetos y situaciones, garantiza el cambio y la proyección del entendimiento. Esta modificación puede involucrar la reorganización de estructuras existentes a la elaboración de algunas nuevas, permitiendo con ello, poder incluir más información. (Piaget, 1969; Cratty, 1982; Labinowicz, 1982).

1.2.1. Primera infancia

1.2.1.1. Nivel sensorio-motor

Este nivel consiste en una conquista, a través de las percepciones y los movimientos, de todo el universo práctico que rodea a la niña/o pequeño, mientras que al comienzo de este desarrollo la recién nacida/o lo refiere todo a sí misma/o, o, más concretamente, a su propio cuerpo, al final, es decir, cuando se inician el lenguaje y el pensamiento, se sitúa ya prácticamente como un elemento o un cuerpo entre los demás, en un universo que ha construido poco a poco y que ahora siente ya como algo exterior a ella/él (Piaget, 1969). Al final de la etapa sensorio motriz la niña/o obtiene los siguientes logros:

- El paso de un egocentrismo inconciente e integral a la construcción de un universo objetivo
- La construcción de objetos fijos y permanentes, definiéndose como la creencia según la cual una figura percibida corresponde a "algo" que seguirá existiendo aun cuando la niña/o deje de percibirlo.
- La construcción de la categoría de espacio, que caracteriza las relaciones de los objetos entre sí contentiéndolos en su totalidad, incluido el propio cuerpo. La elaboración del espacio se debe esencialmente a la coordinación de los movimientos.
- La construcción de la categoría de causalidad, la cual consiste en la relación entre un resultado empírico y una acción cualquiera que lo ha producido.
- La construcción de la categoría tiempo (Piaget, 1969; Balwin, 1968 citado en Papalia 1990).

Dentro del desarrollo intelectual de la niña/o algo fundamental es la emisión y comprensión del lenguaje, hoy se sabe que las niñas/os aprenden a entender el lenguaje antes de hablarlo; dicho desarrollo juega un papel muy importante en el desarrollo de todos los procesos psíquicos de la niña/o; la percepción y la memoria, el pensamiento y la conducta voluntaria se desarrollan en este periodo (Atkin, 1987; Papalia, 1990)

1.2.2. Niñez temprana

(preescolar)

Con la aparición del lenguaje las conductas resultan profundamente modificadas, tanto en su aspecto afectivo como en su aspecto intelectual. Gracias al lenguaje se adquiere, la capacidad de reconstruir acciones pasadas en forma de relato y de anticipar acciones futuras mediante la representación verbal. Ello tiene tres consecuencias esenciales para el desarrollo mental: 1) un intercambio posible entre individuos, es decir, el inicio de la socialización; 2) una interiorización de la palabra, es decir, la aparición del pensamiento propiamente dicho, que tiene como soportes el lenguaje interior y el sistema de los signos y 3) sobre todo, una interiorización de la acción como tal, la cual, de puramente perceptiva y motriz, puede ahora reconstruirse en el plano intuitivo de las imágenes y de las "experiencias mentales" (Piaget, 1988).

1.2.2.1. Nivel preoperacional

El nivel preoperacional marca un avance cognoscitivo, según Piaget, comienza aproximadamente a los dos años y termina alrededor de los 7 años. Se caracteriza por la descomposición del pensamiento en función de imágenes y conceptos (Labinowicz, 1982). La niña/o adquiere la habilidad simbólica cuando es capaz de evocar mentalmente una palabra o imagen. La función simbólica se caracteriza por la utilización de símbolos para representar objetos, los lugares y las personas de su mundo, las acciones se hacen internas a medida que puede representar cada vez mejor un objeto o evento por medio de su imagen mental y de una palabra. Su pensamiento puede retroceder en el tiempo para recordar hechos pasados, puede prever lo que ocurrirá en el futuro o detenerse en el presente. Los avances que la niña/o obtiene en este nivel son:

- Comprensión de identidades: Consiste en la comprensión de que ciertas cosas siguen siendo iguales aunque cambien de forma, tamaño o apariencia.
- Permanencia del objeto: El objeto sigue existiendo aunque la niña/o no lo vea.
- Comprensión de funciones: La niña y niño comprende ahora que pueden existir relaciones básicas entre dos acontecimientos. Es decir ciertos acontecimientos producen otros acontecimientos.
- Su mundo ya es más predecible y ordenado.
- El pensamiento infantil ya no está sujeto a acciones externas, se interioriza.
- Las representaciones internas proporcionan el vehículo de más movilidad para la inteligencia.

Así mismo adquiere como capacidades cognoscitivas: 1) percibir objetos relacionados por serie; 2) clasificar objetos dentro de varias categorías lógicas, de acuerdo a características específicas tales como: color forma, tamaño, etc.; 3) el inicio de la formación de criterios morales. Las limitaciones para la niña/o, en el nivel preoperacional son:

- Incapacidad de invertir mentalmente una acción física para regresar un objeto a su estado original (reversibilidad).
- Incapacidad de retener mentalmente cambios en dos dimensiones (ejemplo volumen y longitud) al mismo tiempo (centración).
- Incapacidad para tomar en cuenta otros puntos de vista (egocentrismo).
- Incapacidad para entender la relación que existe entre un todo y sus partes (Relaciones de inclusión) (Labinowicz, 1982; Papalia, 1990).

1.2.3. Niñez intermedia

(escolar)

El inicio de esta etapa coincide con el principio de la escolaridad propiamente dicha, la cual marca un paso decisivo en el desarrollo mental.

1.2.3.1. Nivel de las operaciones concretas

Características

- La niña/o es capaz de mostrar el pensamiento lógico ante los objetos físicos. Dicho pensamiento constituye un sistema de relaciones que permiten la coordinación de los puntos de vista entre sí, de los puntos de vista correspondientes a individuos distintos y también de los que corresponden a percepciones o intuiciones sucesivas del mismo individuo (Piaget, 1989).
- Existe ya la facultad de la reversibilidad, la cual le permite invertir mentalmente una acción que antes sólo llevaba a cabo físicamente.
- Es capaz de retener mentalmente dos o más variables cuando estudia objetos. Se vuelve cada vez más consciente de la opinión de otros (sociocéntrico)
- Rápido incremento en su habilidad para conservar ciertas propiedades de los objetos a través de los cambios de otras propiedades.
- Incremento de la habilidad para realizar una clasificación y ordenamiento de los objetos.
- Surgen las operaciones matemáticas.
- Es cada vez más capaz de pensar en objetos físicamente ausentes que se apoyan en imágenes vivas de experiencias pasadas.

1.2.3.2. Conducta de socialización

Una gran cantidad de psicólogos y pedagogos, adoptan el punto de vista de Piaget (1989) y de Kohlberg (citado en Papalia, 1990), acerca de que el desarrollo de los valores morales es un proceso racional que coincide con el desarrollo cognoscitivo: Las niñas/o son incapaces de hacer juicios morales hasta que logran cierto nivel de madurez cognoscitivo y pueden dejar el pensamiento egocéntrico.

La niña/o, después de los siete años, adquiere, cierta capacidad de cooperación dado que ya no confunde su punto de vista con el de otros, sino disocia para coordinarlos. Lo esencial de esta etapa es que la niña/o ha llegado a un principio de reflexión la cual se puede definir como una

conducta social de discusión, pero interiorizada. En lugar de las conductas impulsivas de la pequeña infancia, que van acompañadas de credulidad inmediata y de egocentrismo intelectual, la niña/o ahora piensa antes de actuar (Piaget, 1989; Papalia, 1990).

Inspirado por Piaget (1989), Kohlberg emprendió sus propios estudios acerca del desarrollo moral en niñas/os de varias culturas; estaba interesado no en lo que las niñas/os hacían realmente en relación con aspectos morales, sino en la manera en que pensaban acerca de ellos, el decidió centrarse solamente en el nivel de pensamiento moral; es decir la forma en que llegan las personas a formular juicios morales (Kohlberg 1989, Papalia, 1990); menciona que los seis niveles morales se agrupan en torno a tres etapas:

- Etapa preconvencional (nivel 1 y 2), perspectiva individual concreta.
- Etapa convencional (nivel 3 y 4), perspectiva de miembro de la sociedad.
- Etapa postconvencional (nivel 5 y 6), perspectiva más allá de la sociedad.

El término "convencional" implica someterse a las reglas, expectativas y convenciones de la sociedad, según el autor, para comprender los tres niveles es importante concebirlos como tres tipos diferentes de relación entre el "yo", las reglas y las expectativas de la sociedad. Desde este punto de vista, una persona pre-convencional es aquella para la que las reglas y expectativas sociales son algo externo al "yo", la segunda etapa es el de una persona convencional, en la que el "yo" se identifica con reglas y expectativas de otros, y especialmente de las autoridades, o las interioriza; y la tercera etapa es el de una persona, post-convencional, que diferencia su "yo" de las reglas y expectativas de los otros y define sus valores en función de los principios encogidos por ella, sin presión de la autoridad o las reglas.

El juicio moral pre-convencional es el nivel de la mayoría de las niñas/os menores de nueve años y algunos(as) adolescentes. El juicio convencional es el nivel de la mayoría de las/os adolescentes y adultos/as y por último el juicio post-convencional es alcanzado por una minoría de adultos/as, y por lo general sólo se llega a él después de los veinte años .

1.3. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

El estudio del desarrollo de la personalidad se hará siguiendo las etapas del desarrollo que plantea la corriente psicoanalítica, es decir, según predomine la atención a ciertas zonas corporales. Dicho estudio se enriquece al relacionarlas con aspectos del desarrollo cognoscitivo, los cuales explican la forma de percibir, procesar y responder a los estímulos.

1.3.1. Primera Infancia

1.3.1.1. Simbiosis

(Nacimiento hasta los 18 meses)

Hasta antes del nacimiento la niña/o y la madre son sólo una entidad biológica, al cortarse el cordón umbilical, la niña/o se convierte en una entidad biológica separada de la madre. A la primera relación entre la madre y la hija/o se le ha dado el nombre de simbiosis, con el cual, se intenta describir el estado de indiferenciación en que vive la niña/o ya que para ella/él no existe un límite entre lo interno y lo externo, entre el yo y el no yo (Piaget, 1988). La energía entre la madre y la/el bebé es recíproca, existe la ilusión de que la madre y la/el bebé son una/o, es decir están fusionados (Craig, G.1988). Al sentir hambre y sed la capacidad cognitiva de la niña/o para succionar se encuentra con la capacidad y la intención de la madre y la sociedad de alimentarlo y darle la bienvenida (Erikson 1980), por lo que desde ese momento, la boca se convierte en la principal fuente de satisfacción. Freud denomina dicha etapa como oral, debido a que la niña/o establece vínculos con el exterior a través de la boca, para Freud en esta etapa la niña/o se rige bajo el principio del placer (Cárdenas, 1994; Rodríguez, 1994).

Además de la alimentación, la niña/o tiene una serie de necesidades básicas: sentirse protegida/o del frío y del calor, dormir, estar seco, recibir afecto etc., que deben ser satisfechas. Esta dependencia fisiológica y afectiva de la niña/o con respecto a su madre es la primera modalidad social que aprende en la vida.

La cumbre de la fase simbiótica se presenta cuando la niña/o es capaz de responder con sonrisas a su compañera simbiótico (generalmente la madre). Dicha respuesta es de suma importancia ya que hace evidente que la niña/o empieza a objetivar sus sentimientos en actividades que no son sólo las del "yo", construyendo el esquema de "objeto", es decir ahora la niña/o establece su primera relación social con un objeto externo a ella/él (Craig, 1988, Cárdenas, 1994)

Para Erikson (1980) el primer logro social de la niña/o, es su disposición a permitir que la madre se aleje de su lado sin experimentar indebida ansiedad o rabia, porque aquella se ha convertido en una certeza interior así como en algo exterior previsible. El estado general de confianza implica no sólo que ha aprendido a confiar en la misma/o y la continuidad de los proveedores externos, si no también que se puede confiar en sí misma/o y en la capacidad de los propios órganos para enfrentar las urgencias y que el yo es capaz de considerarse suficientemente digno de confianza. El autor concluye mencionando que el firme establecimiento

de patrones perdurables para la solución del conflicto nuclear de la confianza básica en contra de la desconfianza en la existencia, constituye la primera tarea del "yo".

1.3.1.2. Separación - Individuación (de 18 meses a 3 años)

Malher (citado en Papalia, 1990) describe el proceso con el nombre de separación-individuación como un mecanismo por el cual la niña/o logra separarse física y emocionalmente de su madre y adquiere, entre otras cosas, el concepto de individuo separado de los demás. Es durante esta etapa cuando se desarrollan los primeros patrones de socialización que le permitirán a la niña/o integrarse a las actividades grupales.

Un aspecto muy importante en la individuación es el entrenamiento para el control de los esfínteres, con el cual la niña/o se enfrenta a un dilema. La eliminación resulta placentera al aliviar la tensión del cuerpo, y el retener la eliminación siempre que no sea por mucho tiempo, también le procura cierta sensación placentera, sin embargo, es obligado a dejar el placer a cambio de ser valorada/o y aceptada/o por los otros/as. Durante esta etapa la niña/o se ve obligada/o a adaptarse continuamente al mundo social adulto, en donde debe cumplir con una serie de normas establecidas de antemano por las/os mayores. La educación del control de esfínteres es habitualmente la primera experiencia decisiva que la niña/o tiene en relación con la disciplina y la autoridad (Craig, 1988; Papalia, 1990; Cárdenas, 1994).

Al considerarse sus heces fecales como algo suyo y muy valioso, la niña/o puede utilizarlas para resistirse a las presiones sociales no permitiendo que alguien ejerza control sobre ellas, se da una lucha por la autonomía, la niña/o establece un mejor contacto con la realidad y puede distinguir entre "yo" y "tú", "mío", tuyo". Su entrenamiento produce la sensación de dominio y delimitación de límites corporales que establece una separación definitiva entre el individuo y el mundo externo. Erikson (1980) menciona que en dicha etapa se estructura un principio de autonomía en contraposición con la vergüenza y la duda; para dicho autor la vergüenza es una emoción insuficientemente estudiada porque ésta se ve muy temprana y fácilmente absorbida por la culpa. La vergüenza supone una exposición a la mirada del otro/a para lo cual no se está preparado se expresa a través de un impulso a ocultarse a volverse totalmente invisible sin embargo, en el fondo se trata en esencia de rabia vuelta contra el sí mismo.

La duda tiene que ver con la conciencia de tener un reverso y un anverso, y sobre todo un "detrás", pasa esa área del cuerpo, con su foco agresivo y libidinal en los esfínteres y en las nalgas queda fuera del alcance de los ojos de la niña/o, y en cambio puede estar dominada por la voluntad de los otros/as. Esta etapa, por lo tanto, se vuelve decisiva para la preparación de amor y odio, cooperación, tequedad, libertad de autoexpresión y supresión. Un sentimiento de autocontrol sin la pérdida de la autoestima da origen a un sentimiento perdurable de buena voluntad y orgullo; un sentimiento de pérdida de autocontrol y un sobrecontrol foráneo da origen a una propensión perdurable a la duda y la vergüenza.

1.3.2. Niñez temprana

(*prescolar*)

De acuerdo con Freud (1938, citado en Craig, 1988), la zona primaria de placer psicosexual cambia hacia los tres o cuatro años, cuando el interés y el placer se concentra en el área genital. Hasta antes de esta edad el niño y la niña, al conocer su cuerpo no distinguen las diferencias entre varones y mujeres y consideran que ambos cuerpos son iguales porque han percibido similitudes básicas en otras partes del cuerpo como: ojos, nariz, boca, brazos, etc. El reconocimiento de las diferencias sexuales se acentúan en el período anterior (donde se da el entrenamiento de esfínteres), sin embargo, no es sino en esta etapa en donde las niñas/os centran su atención en la diferencia que existe entre los genitales masculinos y los femeninos, lo cual manifiesta que existe ya una identidad de género. (Craig, 1988; Papalia, 1990; Cárdenas 1994).

En esta etapa la niña/o tendrá que enfrentarse a la crisis que se ha denominado complejo de Edipo, siendo designada por Freud (citado en Cárdenas, 1994), por analogía con el héroe del mito antiguo que mata a su padre y se casa con su madre. El deseo interno de el niño de poseser a su madre y de eliminar a su padre para ocupar el lugar cerca del objeto de amor, al igual que la rivalidad simétrica de la niña con su madre, cuya pugna es entonces el amor del padre el cual tendrá como finalidad la identificación de la niña/o con las características de su propio sexo a través de la identificación con el padre del mismo sexo (Craig, 1988; Cárdenas, 1994). Es importantísimo destacar el papel primordial que van a desempeñar en el desarrollo de esta crisis las actitudes de los padres, actitudes que dependen tanto de la naturaleza de las relaciones del uno/una con el otro/a como de la estructura de personalidad y de la manera que han resuelto ellos mismos su propio Edipo.

Hay que destacar que el Complejo de Edipo no es universal. Los trabajos cada vez más numerosos de los antropólogos y los etnólogos en el curso de estas últimas tres décadas han mostrado, en efecto, que sin estar exclusivamente ligado a la cultura occidental. Existen otras culturas en que dicha crisis no se presenta o bien no se desarrolla bajo el esquema clásico (Papalia, 1990).

De acuerdo a Erikson (1980) este conflicto Edípico lleva a la niña/o a enfrentar una crisis que él denomina de "iniciativa" en contra de la "culpa", que agrega a la autonomía (resultado de la resolución satisfactoria de la etapa anterior), la cualidad de la empresa, el planteamiento y el "ataque" de una tarea por el mero hecho de estar activa/o y en movimiento. Según el autor la iniciativa es una parte necesaria de todo acto, y el hombre/mujer necesita este sentido de iniciativa para todo lo que aprende y hace.

En dicha crisis lo que pone en juego es la posición de privilegio frente al progenitor del mismo sexo, el habitual fracaso lleva a la resignación, la culpa y la ansiedad. Es aquí en donde la niña/o se encuentra más dispuesta/o a aprender rápida y ávidamente, a hacerse más grande en el sentido de compartir la obligación.

1.3.3. Niñez intermedia

(escolar)

Esta etapa se caracteriza por un gran desarrollo del área social e intelectual y porque los intereses sexuales pierden la intensidad que tenían en la etapa anterior. Ahora que el niño se ha identificado con el padre y la niña con la madre, la genitalidad infantil declina. Freud (1938, citado en Papalia, 1990), denominó "latencia" a esta fase del desarrollo infantil.

Las relaciones de objeto ahora son reemplazadas por identificaciones; esto significa que la niña/o ya no basa su conducta en una simple imitación de sus padres sino que asimila algunos aspectos de las características y actitudes de ellos y transforma el modelo presentado para conformar su personalidad.

La escuela representa la oportunidad de ampliar los horizontes de confrontar lo vivido y aprendido en la casa con otras formas de ser y de vivir. En particular resulta importante el comparar los modelos de hombre y mujer conocidos en el medio familiar, con los modelos de compañeros/as y maestras/os con quienes ahora convive. Uno de los resultados básicos de esta

etapa, es la formación del "super yo" o la interiorización de la imagen afectiva de sus progenitores, la cual se convierte en "fuente de deberes, de modelos restrictivos de remordimientos y, a veces, incluso de autocastigos".

Para Erikson (1980) esta etapa representa la entrada a la vida pero la vida debe ser primero escolar, sea escuela una pradera, una selva o un aula; con la entrada a la escuela se desarrolla un sentido de la industria, esto es, la niña/o se adapta a las leyes inorgánicas del mundo de las herramientas, completar una situación productiva constituye una finalidad que gradualmente reemplaza a los caprichos y los deseos del juego; los límites de su "yo" incluyen sus herramientas y habilidades. El principio del trabajo le enseña el placer de completar el trabajo mediante una atención sostenida y una diligencia perseverante. El peligro de la niña/o en esta etapa radica en un sentimiento de inadecuación e inferioridad.

1.4. DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD

La presencia de un componente erótico sexual en la niña/o ha suscitado diversos comentarios y controversias entre los estudiosos del tema. La corriente psicoanalítica establece que la sexualidad se presenta en la infancia como una manifestación que se da a lo largo del desarrollo hasta alcanzar la genitalidad en la adultez.

El elemento esencial de este enfoque se fundamenta en la presencia del comportamiento sexual, entendido como la pulsión que descarga el organismo al excitarse en la búsqueda de placer, es la fuerza para el mantenimiento de la vida. Bajo esta línea serán sexuales todas aquellas sensaciones agradables producidas por la satisfacción de necesidades desde las primarias: hambre, sed, excreción de heces fecales, etc., hasta las genitales. Entendido de este modo y tomando en cuenta que el abuso sexual trastoca los componentes del desarrollo sexual suponemos de suma importancia describir a través de un listado las principales características y manifestaciones de la sexualidad, sin que necesariamente se expliquen desde algún marco conceptual (cognoscitivo, psicoanalítico o de aprendizaje social); de acuerdo con los reportes de autores tales como: Gesell, 1956; Ruter, 1985 lo cuales se citan en trabajos de: Papalia, 1990; Cárdenas 1994; Rodríguez, 1994; Morroy, 1994.

Previo a esto resulta de suma importancia definir a la sexualidad como el conjunto de manifestaciones y expresiones de tipo biológico, psicológico y socio-cultural, que diferencia a cada individuo como varón y como mujer en su grupo social (Monroy, 1994).

1.4.1. Primera infancia

Primer año

Experiencias sensoriales a través del contacto físico con estímulos tales como: los alimenticios y el contacto con la madre.

Fuentes de gratificación relacionadas a la estimulación principalmente en la región orofaríngea, la cual permite la reafirmación del impulso primario erótico.

Relación de apego a la madre como el principio organizador más importante.

Dicha relación según Freud (1938 citado en Cárdenas 1994), determinarán el prototipo de las relaciones amorosas posteriores.

Segundo año

- Empezar a manejar las diferencias sexuales. Inicio de identificación de género (2 a 3 años).
- Se amplía el proceso en la adquisición de la autoimagen, lo cual da la oportunidad de que la niña/o pueda observar su propio cuerpo y el de otras personas.
- Presenta autoestimulación genital (en niñas se da más a través de técnicas indirectas y en los niños predominantemente a través de sus manos).
- Modificación de las actitudes hacia las excretas (determinado por el entrenamiento de control de esfínteres).
- En las niñas puede iniciarse la identificación vaga de los órganos genitales, muy mezclada con los órganos excretorios, lo cual frecuentemente marca diferencias entre los niños y las niñas.
- Se hacen evidentes las diferencias en los determinantes sociales de la sexualidad para niños y niñas.

Tercer año

- Se amplía el reconocimiento del cuerpo, anatómica y funcionalmente (identifica las partes de su cuerpo, pero también se inicia en el reconocimiento de sus funciones).
- Existe una identidad de género.
- Identifica las principales emociones en los demás.
- Se muestra gran interés por los aspectos fisiológicos de la micción.
- Comúnmente presenta interés por tocar o mirar a los adultos desnudos.
- Frecuentemente habla de su idea de casarse con el padre del sexo opuesto, aunque no es raro que a los tres años, las niñas/os hablen de casarse con personas del mismo sexo.
- Generalmente comparten juegos con niñas/os del sexo opuesto y no seleccionan juguetes "de hombre o de mujer".
- Se manifiesta de manera clara la fase anal en donde la actividad erótica cambia de la región oral a la región anal. El objeto principal de esta etapa es la experiencia por la excreción.

1.4.2. Niñez temprana

(prescolar)

Cuarto año

- Alrededor de la mitad de las niñas/os tienen juegos sexuales o conductas masturbatorias, aunque menos frecuente en las niñas que en los niños

- Existen ya algunos conceptos en relación al nacimiento.
- Se inician las relaciones edípicas, las cuales se manifiestan por un mayor apego hacia el padre del sexo contrario.
- Los intereses sexuales están focalizados en los genitales.
- Es común que aparezcan conductas manipuladoras de los genitales en estados de ansiedad, conjuntamente con el deseo de orinar.
- Una conducta frecuente en esta edad son los juegos exhibicionistas.
- Se pueden presentar algunos indicios de pudor o exigir privacidad al vestirse o entrar al baño.
- Es común que exista ya una separación de los sexos en el juego y elección de juguetes típicamente masculinos y femeninos.
- Se vuelven más frecuentes las preguntas sobre las diferencias sexuales y la procedencia de las niñas/os.
- Hablan de las diferentes formas de orinar en niños y niñas.
- A menudo tiene un compañero/a o amigo/a favorito de su propio sexo, lo cual se encuentra determinado en una buena proporción por una avanzada identidad de género y reconocimiento de algunos roles sexuales.

Quinto año

- Su concepto acerca de los órganos genitales continúa aún amorfo. A pesar del amplio reconocimiento de su cuerpo en cuanto a funciones.
- Se culmina la fase fálica del desarrollo, en dicha fase la niña/o debe establecer vínculos afectivos y relaciones objetales.
- Existe ya un buen desarrollo de la privacidad, manifiesta bajo la forma de vergüenza.
- Es común que las niñas/os pidan estar solas/os en el baño.
- Se preocupan por entrar al baño de varones o de mujeres y se molestan cuando no es posible usar el adecuado.

Sexto año

- Se incrementan nuevamente los intereses sexuales que aparentemente habían disminuido a los cinco años.
- Sus intereses en cuanto a sexualidad giran entorno al embarazo, el origen de los bebés, el nacimiento, el sexo opuesto y el papel de cada sexo.
- Entiende ya la idea de la fecundación.

1.4.3. Niñez intermedia

(escolar)

Siete años

- Los intereses sexuales siguen siendo el embarazo y el parto.
- Entiende ya la idea de la fecundación.
- Se hace evidente el periodo de latencia, en donde los impulsos sexuales no desaparecen sino que son manejados de manera distinta.
- Son probables los acercamientos homosexuales como parte normal del desarrollo, dichas conductas se dan por exploración propia y del cuerpo de otros/as, y en ocasiones se propician juegos que recuerdan las relaciones sexuales.
- Debido a los procesos psíquicos y sociales es posible que en esta edad aparezca la sensación de culpa por la autoestimulación.
- En los grupos de niñas/os de esta edad los temas relacionados a la sexualidad empiezan a tomar lugar.

- Existe una incipiente pero firme idea de lo bueno y lo malo.

Ocho años

- Mayor interés por compartir actividades y juegos con personas del mismo sexo.
- La vida romántica toma lugar en esta edad.
- Suelen iniciarse cambios hormonales desde los siete años con el aumento de estrógenos desde los ocho años.

Nueve años

- Se incrementa considerablemente las pláticas sobre la sexualidad con los compañeros/as, los temas incluyen: cambios físicos, discusiones sobre quién de los compañeros/as es más atractivo, las relaciones sexuales etc.
- Los grupos de miembros del mismo sexo se organizan para jugar, lo mismo que para acercarse a los del sexo opuesto.
- Hacia estas edades las niñas/os están perfectamente conscientes de las prohibiciones de los adultos/as y procuran no ser descubiertos.
- Se acentúan las conductas pudorosas hacia el padre del sexo opuesto.
- Aparece en los niños la inquietud acerca de la manera en que se presenta la eyaculación.
- La curiosidad sobre los órganos sexuales se marca más hacia los propios que hacia los del sexo opuesto y comúnmente hay una autoexploración pormenorizada de estructuras y funciones.

Diez años

- La mayoría de niños y niñas conocen teóricamente los procesos de menstruación y eyaculación y en algunos casos ya lo han experimentado.
- En general conocen con detalle el mecanismo de las relaciones sexuales.
- Los comentarios referentes al otro sexo suelen ser para marcar los aspectos negativos.
- Las características sexuales secundarias suelen estar más o menos igual en ambos sexos, aunque a partir de aquí habrá un marcado aceleramiento en la niña.

1.5. PUBERTAD

El proceso biológico y social de la maduración de una niña/o para convertirse en una adulta/o es largo y complejo, está sujeto a las modalidades del tiempo y de los estímulos ambientales que en continua interacción con los factores genéticos, promueven el crecimiento y desarrollo de la/el adolescente. La pubertad comprende tanto los cambios en el aspecto físico general como los de maduración sexual, que traen como consecuencia el crecimiento y maduración de las

gonadas de los órganos sexuales primarios y aparición y maduración de los caracteres sexuales secundarios.

El término se refiere, en forma didáctica, al inicio corporal de la vida sexual reproductiva, cambios que coinciden con el crecimiento y desarrollo morfológico total de la individuo. Estos cambios a su vez desencadenan una serie de cambios conductuales, lo cual significa que los cambios de la pubertad en principio son biológicos, y que posteriormente originarán un proceso psíquico con respecto a las nuevas adquisiciones corporales. Su propósito es la capacitación individual, a nivel biológico, para asumir el rol adulto/a en la reproducción (Comfort A y Comfort A, 1980)

No puede determinarse una edad definida de comienzo y término de dicha etapa, como tampoco es posible identificarla a partir de sólo una manifestación típica. Son grandes sectores del organismo los que se modifican y lo hacen en edades diferentes y con ritmos de crecimiento distintos. Por lo anterior se considera que es mejor hablar de edades de desarrollo o de madurez fisiológica, que de edades cronológicas, y se proponen los siguientes elementos para su evaluación: edad morfológica (talla, peso y otras medidas), edad de madurez sexual (vello pubiano, axilar, testículos, senos), edad ósea (mano, pie, cadera, rodilla, codo) y edad dental.

La pubertad se inicia aproximadamente en las mujeres entre los diez y los doce años y en los varones entre los doce y los catorce años aproximadamente (esto depende de factores ambientales y socioculturales). Las transformaciones físicas propias de la pubertad se inician por la activación o incremento de la actividad de las hormonas gonadotrópicas y corticotrópicas de la glándula pituitaria. Como consecuencia de su secreción se inicia la producción de óvulos maduros y espermatozoides, el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias, los cambios en otras funciones fisiológicas no sexuales y los cambios en tamaño, peso, proporciones corporales, fuerza coordinación y destreza muscular (Comfort A y Comfort A, 1980)

1.5.1. Características sexuales primarias

Estas características se refieren a la constitución de los órganos sexuales involucrados en la copulación y la reproducción. Dichos órganos presentaron durante la niñez un desarrollo menor

que los otros sistemas de órganos. En la pubertad, se producen el crecimiento del pene, los testículos, el útero, la vagina, el clítoris y los labios genitales mayores y menores. En los varones, alrededor de los 13 años, comienzan las poluciones nocturnas y las eyaculaciones. Habitualmente, no contendrán espermatozoides antes de los 16 o 17 años. En las mujeres, los ciclos menstruales pueden ser irregulares a lo largo del primer año y estar acompañados de un intervalo de esterilidad prepuberal que dura hasta tres o más años. La capacidad de procreación no es sincrónica con la menarquia o la primera menstruación, ya que éstas son apenas las fases iniciales del proceso de maduración sexual. Sin embargo, la capacidad de engendrar hijos/as aparece antes que el crecimiento físico se haya completado (Comfort A y Comfort A, 1980)

1.5.2. Características sexuales secundarias

Estas características se refieren a las modificaciones corporales que sirven de índice de masculinidad y feminidad y que están asociados indirectamente, con el proceso de la reproducción. La aparición de estos caracteres sigue una secuencia, que tiene variantes en cuanto al tiempo de su presentación y a su magnitud. En el varón puede decirse en términos generales que el vello púbico aparece a los doce años de edad como promedio; conjuntamente a éste aparece sobre el labio superior el vello denominado bozo, atunado a estos caracteres aparece el cambio de voz que puede fluctuar de un cambio radical, a una ligera variación en el timbre. En las mujeres la secuencia de los fenómenos de la pubertad se manifiesta por el aumento de diámetro de la pelvis y por la protusión del pezón, posteriormente al año se presenta el desarrollo mamario que regularmente es simétrico en los dos pechos, la maduración completa dura aproximadamente tres años. Simultáneamente se inicia el crecimiento del bello púbico, se propaga hacia los grandes labios, hasta formar un triángulo de base superior y vértice inferior (Papalia, 1990; Morroy, 1994).

1.6. CONCEPTO DE ADOLESCENCIA

Etimológicamente la palabra adolescencia proviene de *ad*: a, hacia y *alescere* de *olere*: crecer. Es decir, significa la condición y el proceso de crecimiento, que implica un proceso de crisis vital, a partir del cual se logrará la identidad personal (Morroy, 1994).

La adolescencia, que es un fenómeno psicosocial, ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como el período comprendido entre los 10 y los 19 años y la juventud como el período comprendido entre los 19 y los 24 años. Las investigaciones existentes señala un rango

entre 10 a 24 años (pues no ha habido un consenso en edades seleccionadas) en el presente documento se considera que la juventud comienza con la adolescencia y se describen conductas del rango de 10 a 24 años (Monroy, 1994). En el caso del abuso sexual consideramos que la edad de la/el individuo para considerarlo así, es hasta los 18 años, ya que a esta edad todavía existe un fuerte desbalance de poder entre los adultos/as y las/los adolescentes.

Tomando en cuenta los elementos biológicos, psicológicos y sociales, puede entonces definirse la adolescencia como una etapa de transición de la vida infantil a la vida adulta, durante la cual el adolescente busca las pautas de conducta que responden al nuevo funcionamiento de su cuerpo, y a los requerimientos socio-culturales de ese momento (Craig, 1988).

1.6.1. Desarrollo intelectual

El adolescente es un individuo que construye sistemas y "teorías". El pensamiento formal es, por lo tanto, "hipotético-deductivo", es decir, que es capaz de deducir las conclusiones que hay que sacar de puras hipótesis, y no sólo de una observación real.

Sólo después de comenzado este pensamiento formal hacia los 11 y los 12 años, las operaciones formales aportan al pensamiento un poder nuevo, que equivale a desligarlo y liberarlo de lo real para permitirle edificar a voluntad reflexiones y teorías. La inteligencia formal marca, pues, el primer vuelo del pensamiento, la libre actividad de la reflexión espontánea.

Existe un egocentrismo intelectual en el adolescente, comparable al egocentrismo del lactante que asimila el universo a su actividad corporal y al egocentrismo de la primera infancia, que asimila las cosas al pensamiento incipiente (juego simbólico, etc.). Esta última forma de egocentrismo se manifiesta a través de la creencia en la reflexión todo poderosa, como si el mundo tuviera que someterse a los sistemas y no los sistemas a la realidad. Es la edad metafísica por excelencia; el yo es lo bastante fuerte como para reconstruir el universo y lo bastante grande como para incorporarlo. El equilibrio se alcanza cuando la reflexión comprende que la función que le corresponde no es la de contradecir, sino la de anticipar e interpretar la experiencia (Piaget, 1988).

1.6.2. Desarrollo de la personalidad

De forma paralela con la elaboración de las operaciones formales y el perfeccionamiento de las construcciones del pensamiento, la vida afectiva de la adolescencia se afirma por la doble conquista de la personalidad y su inserción en la sociedad adulta, de ahí que el objetivo principal que corresponde alcanzar al adolescente es lograr una identidad diferenciada y estable (Piaget 1988, Craig,1988). Existen ciertas manifestaciones del proceso psicológico por el que atraviesa el adolescente, que son observables en su conducta habitual, en términos relativamente generales.:

- **Búsqueda del sí mismo y de la identidad:** Ocurre aquí el proceso de doble identificación masiva, en donde todas/os se identifican con cada uno/a. Pueden presentarse también identidades transitorias ocasionales o circunstanciales o adoptadas sucesiva o simultáneamente por la/el adolescente según las circunstancias.
- **La tendencia grupal:** Se transfiere al grupo gran parte de la dependencia que antes mantenía con la familia .
- **Desubicación temporal:** El adolescente convierte el tiempo en presente activo como forma de manejarlo. A veces las urgencias son enormes, y las postergaciones aparentemente irracionales.
- **Evolución sexual desde el autoerotismo a una relación en pareja:** Oscilación entre la actividad masturbatoria y los comienzos del ejercicio genital.
- **Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta:** La conducta de la/el adolescente está dominada por la acción, que constituye la forma de expresión más típica en estos momentos de la vida, en que hasta el pensamiento necesita hacerse acción para ser controlado.
- **Separación progresiva de los padres:** Constituye una de las tareas básicas, que acompaña a la identidad adolescente, pues en el grupo encuentra la seguridad necesitada.
- **Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo:** Estas se relacionan con un sentimiento básico de ansiedad y depresión vinculado a los adultos/as.

Además de las manifestaciones planteadas existen otros aspectos vinculados con las conductas de alimentación, el aseo, y la ocasional crueldad con los animales: durante la adolescencia no sólo se resignifica la conflictiva edípica, sino que además se da un resurgimiento de tendencias pregenitales, fundamentalmente en la primera etapa. Según Anna Freud (citada en Monroy 1994), aunque en este período las tendencias genitales son predominantes, los intereses orales, anales retornan a la superficie y pueden manifestarse en la aparición de impulsos agresivos, crueldad, aumento del hambre, voracidad, y en el hecho de que los hábitos de limpieza cedan al placer de la suciedad y el desorden.

Erikson (1980) menciona que la búsqueda en esta etapa es el logro de la identidad en contra de la confusión de rol, es decir, de un nuevo sentimiento de continuidad y mismidad, para esto, las/los adolescentes deben volver a librar muchas batallas de los años anteriores. El peligro de esta etapa es la confusión de rol cuando la identidad se basa en una marcada duda previa en cuanto a la propia identidad sexual.

1.6. 3. Desarrollo de la sexualidad

La identidad sexual, que es parte de la identidad general, comienza a formarse a temprana edad y entra en conflicto cuando la/el adolescente tiene que abandonar el rol de niño o niña para adoptar el de varón o mujer. Se considera que ésta es el centro de la problemática y que la sexualidad surge como elemento organizador de la identidad general; el logro de identidad es ante todo identidad sexual, por varios factores como son: 1) El que en la cultura predomine la división rígida y estereotipada de los roles sexuales; 2) La socialización es diferenciada según el sexo; 3) La adolescencia se inicia con la pubertad incrementando en forma considerable el impulso sexual, y éste influye de manera considerable en toda la conducta adolescente; 4) En la adolescencia, se adquiere la identidad sexual.

La identidad sexual es el aspecto psicológico de la sexualidad y comprende tres elementos indivisibles: La identidad de género, el rol de género y la orientación sexual. Así, la identidad de género, que es el aspecto psicológico de la sexualidad, es el sentirse hombre o mujer y manifestarlo externamente a través del rol de género, que es todo lo que una persona hace o dice para indicar a otros/es y/o a sí misma/o, el grado en el que se es varón o mujer. La orientación sexual se refiere a la atracción, gusto o preferencia de la persona para elegir compañero sexual. Las características psicosexuales del adolescente se pueden clasificar en 2 etapas de acuerdo con las divisiones sugeridas por la OPS: Adolescencia temprana (10 a 14 años) y adolescencia tardía (15 a 19 años) (Monroy, 1994).

Adolescencia temprana (10 a 14 años)

- Aparición de las características secundarias del sexo y preocupación por los cambios corporales externos.
- La presencia de la capacidad fisiológica de la excitación sexual y el orgasmo en las niñas/os de ambos sexos. Cabe aclarar que no es aún claro cuándo y cómo estas respuestas reflejas se vuelven erotizadas (Katchadourian, 1992).

- Aparece con gran intensidad la actividad autoerótica en busca de satisfacción y placer sexual, aparecen fantasías eróticas con ella/el mismo o el otro sexo y edad.
- A esta edad aparece la atracción (aún temerosa) hacia el otro sexo.
- El exhibicionismo y el voyeurismo se manifiestan en el tipo de vestimenta, el arreglo o desarreglo del cabello, el tipo de bailes.

Adolescencia tardía (15 a 19 años).

- Mayor autonomía e independencia del adolescente
- Se establecen poco a poco las normas y los valores propios y se observa un mayor control de los impulsos sexuales y agresivos.
- Se define más su identidad.
- Se caracteriza por la cantidad de decisiones cruciales que la/el adolescente tiene que tomar.
- Al final de esta etapa, se consolida la identidad sexual y las relaciones amorosas se vuelven más estables cada vez.
- La selección de las alternativas de expresión de su sexualidad difieren de acuerdo con la edad, el sexo, la educación, posibilidades económicas y otros factores más. La/el adolescente tiene que escoger entre:
 1. Actividades autoeróticas:
 2. La abstinencia hasta el matrimonio.
 3. La doble moral, en donde el varón puede tener relaciones sexuales con mujeres "malas", más "liberales", mientras que las mujeres solteras "buenas" deben abstenerse y llegar vírgenes al matrimonio.
 4. Las caricias sexuales sin llegar al coito.
 5. La relación sexual "premarital" con amor o la relación sexual casual, sin que necesariamente medie el amor y el compromiso.
 6. El matrimonio o unión temprana (Monroy y colaboradores 1985).

2. CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS DEL ABUSO SEXUAL E INCESTO

Dentro de todo el proceso descrito anteriormente, existe una serie de factores de riesgo, los cuales, se entienden como un aumento en la probabilidad, de que por un lado, la niña/o viva o se enfrente a un ambiente desfavorable (en el caso del abuso sexual nos referimos a una ruptura de los límites corporales y yoicos. Si se toma en cuenta que mucho del abuso sexual es incestuoso, se auna además, un daño severo en los lazos afectivos y de confianza de la niña/o, así como un entorno familiar adverso e inseguro); y, por otro que la niña/o tenga desventajas biológicas; lo que puede determinar desajustes en el nivel del desarrollo que la niña/o pueda alcanzar. De acuerdo a el objetivo del presente capítulo se describirán únicamente las consecuencias psicosociales que tiene el abuso sexual e incesto

2.1. CRISIS EXTERNA

En la primera parte de este capítulo de describieron de manera amplia las crisis del desarrollo, las cuales como ya se mencionó se caracterizan por ser cambios esperados y en donde la/el individuo tiene la oportunidad durante su desarrollo de prepararse para éstos.; por otro lado, las crisis externas se entienden como eventos externos a los que la/el individuo es expuesto. Su estudio se ha dividido en dos tipos: 1) crisis situacionales; 2) crisis de privación o de la víctima.

2.1.1. Crisis situacionales

Estas se definen como eventos casuales que son con frecuencia impredecibles desde el punto de vista de la persona afectada, en dicha crisis el elemento sorpresa es el que incrementa la reacción de la crisis que una/un individuo puede experimentar. Caplan (citado en Burgess, 1974) menciona que los eventos que pueden ser descritos dentro de esta categoría son: embarazo, la muerte, el inicio de un nuevo trabajo, casarse, padecer una enfermedad, viudez etc.; en el caso de las/los menores podrían ser, ingreso por primera vez a la escuela o un cambio de período escolar, cambios bruscos de domicilio, muerte de padre o madre, divorcio o separación de los padres etc. Estos problemas demandan, con frecuencia, soluciones que son novedosas para el individuo que nunca ha tenido que enfrentar tal situación.

2.1.2 Crisis de la Víctima

Son situaciones de la vida en las que la/el individuo enfrenta una situación abrumadoramente peligrosa y en las que la/el individuo podría ser física o psicológicamente herido, traumatizado, destrozado o sacrificado. Dicho caso comprende un acto físicamente agresivo y forzado, truícido por otra persona, grupo de personas o por el ambiente. Estos eventos generan una serie de reacciones cognitivas, psicológicas y de comportamiento (conductual), son reacciones de estrés agudo a una situación de peligro de vida.

3. CONCEPTO DE ESTRÉS

El estrés es definido desde el punto de vista biológico como "la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior". (Selye, 1974; citado en Burgess, 1974; Pérez, 1992). En estas circunstancias, se llama estrés según este autor, al fenómeno general que ocurre dentro del organismo, de orden psíquico o biológico; y a los factores que constituyen la demanda del exterior se les puede denominar agentes estresantes, éstos últimos pueden ser de dos tipos: 1)

agentes psicosociales (demandas sociales, laborales, familiares etc.); 2) Agentes físicos (ruidos, vibraciones, calor, frío, etc.)

El estrés, hasta cierto límite, es habitual en los seres vivos debido a que éstos están permanentemente expuestos a las demandas del ambiente, externo e interno, o de la vida en general. Es una forma de alertamiento fisiológico que está adaptando al organismo permanentemente al ambiente. Dicha estimulación o demanda, y su consecuente reacción de estrés, pueden ser breve o durar mucho tiempo, incluso años, y puede ser de intensidad normal o excesiva. Existen dos parámetros muy importantes que deben ser tomados en cuenta siempre que se analice el fenómeno de estrés: la intensidad y la duración del mismo (grado y tiempo). La reacción de estrés equivale a lo que el propio Selye (1974), denominó Síndrome de Adaptación General (SAG)(Pérez, 1992).

El ser humano vive permanentemente en un ambiente de cambios cotidianos, físicos y sociales. Ello requiere un ajuste cotidiano de su fisiología para reaccionar o defenderse de esos cambios ambientales so pena de sufrir un desequilibrio que dañe su integridad. De esa manera el organismo está adaptándose cotidianamente a una dinámica normal del exterior. El SAG consta de tres fases que se ligan entre sí en sucesión.

1. **Reacción de alarma:** En esta primera fase, ocurren dos fenómenos consecutivos que son, la reacción de choque, en la que el organismo, desprevenido en sus recursos defensivos ante el embate, se prepara para la defensa a través de la movilización de sus defensas fisiológicas y psicológicas.
2. **Estado de resistencia:** Se llama reacción de contrachoque en la que la capacidad defensiva toma impulsos para desplegar su potencial contra el problema.
3. **Fase de agotamiento:** La disminución progresiva de la resistencia del organismo frente a una estimulación estresante, conduce a una lógica bancarrota fisiológica, en la que el individuo puede sucumbir ante la demanda, pues se consumen totalmente las capacidades de adaptación o la "energía de adaptación" (Selye, 1974, citado en Burgess, 1974; Pérez, 1992).

4. SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El manual de diagnóstico y estadística de los trastornos, DSM-IV (1995) menciona que el síndrome de estrés posttraumático es la aparición de síntomas característicos que surgen de la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y en donde la/el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física. La respuesta del sujeto a éste acontecimiento debe incluir.

- Temor, desesperanza y horrores intensos
- Presencia y reexperimentación persistente del acontecimiento traumático.
- Evitación persistente de los estímulos asociados a él.
- Embotamiento de la capacidad de respuesta de la/el individuo.

Los estímulos asociados al acontecimiento traumático acaban siendo persistentemente evitados. El individuo suele hacer esfuerzos deliberados para evitar caer en pensamientos, sentimientos o mantener conversaciones sobre el suceso, y para eludir actividades, situaciones o personas que puedan hacer aflorar recuerdos sobre él. En este comportamiento de evitación puede incluirse la amnesia total de un aspecto puntual del acontecimiento. La disminución de la reactividad al mundo exterior, denominada "embotamiento psíquico" o "anestesia emocional", suele aparecer poco después de que tenga lugar el acontecimiento traumático. La/el individuo puede manifestar una acusada disminución de la capacidad para sentir emociones (especialmente las que hacen referencia a la intimidad, ternura y sexualidad), o puede describir una sensación de futuro desolador.

Al respecto Kaplan (1994) menciona que este síndrome se caracteriza por la presencia de ansiedad, inestabilidad automática, embotamiento emocional y reexperimentación de la experiencia traumática, tras un acontecimiento físico o emocional que va más allá del marco habitual de las experiencias humanas, y que sería marcadamente angustiante para casi todo el mundo.

Según este autor el trastorno puede desarrollarse en cualquier momento tras el acontecimiento; la forma de inicio tardío puede aparecer hasta 30 años después del hecho traumático. Una minoría de pacientes va más allá y desarrolla forma crónica de trastorno por estrés posttraumático. El pronóstico es, en general, bueno cuando los síntomas aparecen al poco tiempo

del hecho, la duración de éste es breve, existe un adecuado funcionamiento premórbido, soporte social, y la/el paciente no sufre de ningún otro tipo de problema psiquiátrico.

El síndrome de estrés postraumático se presentó primero como un trastorno de ansiedad dentro del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*(APA, 1980) y se le caracterizó como poseedor de tres grupos de síntomas, dentro de la revisión de 1987 del *DSM-III-R* (DSM-III-R): a) la reexperimentación, con manifestaciones como las pesadillas y una nueva representación de lo acontecido, b) el distanciamiento emocional y obnubilación psíquica, como evitar los pensamientos o situaciones que recuerden el trauma al individuo; y c) la excitación elevada, como se le percibe en las dificultades para dormir, una hipervigilia e irritabilidad (citado en Schaefer, 1997).

5. SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN NIÑAS/OS

Las niñas/os que han sufrido una catástrofe o acontecimiento traumático pueden acudir para una evaluación urgente a causa de sentir miedos extremos a que dicho trauma se repita o de padecer una repentina incomodidad en lugares conocidos, con gente o en una situación que antes no les provocaban ansiedad. Al cabo de unas semanas del acontecimiento traumático, la niña/o puede recrear lo vivido en el juego, en cuentos y en sueños que reproducen directamente la situación terrorífica. Muchas niñas/os traumatizadas/os, con el tiempo, continúan reproduciendo parte del acontecimiento a través de conductas de victimización para con otros, sin ser conscientes de que esas conductas reflejan sus propias experiencias traumáticas (Kaplan, 1994).

Sólo en épocas recientes los investigadores comenzaron a estudiar las respuestas postraumáticas de los niñas/os. En 1987, La American Psychiatric Association listó en el *DSM-III-R* los síntomas de estrés postraumático que resultan específicos para las niñas/os. Aquellas/os que se hallan en la edad preescolar tienen la posibilidad de hacer referencias a pesadilla con monstruos, otras en las que rescatan a otros/as individuos mediante poderes suprahumanos y otras más en las que existen amenazas contra sí misma/o u otras personas. También este tipo de niña/o tiende a revivir el trauma dentro del juego, sin darse cuenta de que lo están haciendo así. También resultan comunes las conductas regresivas (como la encopresis y enuresis) y los malestares somáticos (los dolores de cabeza y los de estómago).

Con frecuencia, las niñas/os en edad escolar muestran una constricción afectiva y un reducido interés por las actividades habituales. Puede expresarse una reducción en el sentido del futuro (al no esperar llegar a casarse o tener una carrera), existe así mismo una formación agorera (la creencia en la capacidad para predecir calamidades en el futuro También puede exhibirse una capacidad deteriorada para confiar (Yule, Udwin, y Murdoch, 1990). Las respuestas esperadas de los adolescentes incluyen un incremento en el tiempo que pasan con sus compañeros, una elevación en el consumo de drogas o alcohol y peleas con los padres o hermanos.

Terr (1991, citado en Schaefer, 1997) observó algunas reacciones comunes en la infancia ante el desastre. Esta autora describió cuatro características que las niñas/as exhiben después de la exposición de un acontecimiento traumático: a) visualizan con energía o, de otras formas perciben de manera repetida los recuerdos acerca del trauma; b) conductas repetitivas; c) temores específicos para el trauma; y d) actitudes modificadas respecto a las personas, ciertos aspectos de la vida y al futuro. La primera característica la experimentan también los adultos/as, pero de una manera muy diferente. Estos reexperimentan los recuerdos de un acontecimiento traumático dentro de una modalidad intrusiva, abrupta y desorganizante. Las niñas/os, por otra parte, tienden a reexperimentar sus recuerdos durante periodos de relajación a lo largo del día quizás cuando juegan o ven la televisión.

Las conductas repetitivas, de manera típica, adoptan la modalidad tanto de una nueva representación por medio del juego como de un juego postraumático. La principal diferencia entre estas dos posibilidades se encuentra en el que la niña/o percibe o no como divertido este comportamiento. Las nuevas representaciones no se perciben como divertidas, en tanto que el juego de tipo postraumático se reporta como algo divertido y entretenido. Así mismo la autora jerarquizó los traumas psíquicos como del Tipo I (a partir de un factor de estrés único, repentino e inesperado) o de Tipo II (a partir de experiencias penosas de larga duración y repetidas). Con base en la experiencia clínica, Terr observó que las niñas/os que sufren traumas Tipo I, en apariencia no exhiben trastornos masivos de negación, obnubilación psíquica, disociación, despersonalización, ira, o de personalidad, que caracterizan a los traumas Tipo II.

5.1. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEL ABUSO SEXUAL E INCESTO

El que el abuso sexual sea un evento que tenga consecuencias importantes a corto y largo plazo ha sido un tema de importantes debates; sin embargo dos estudios dirigidos a una gran muestra

de adultos/as para evaluar el daño emocional, indicaron que menos de 5% de aquellas sujetos/as que habían sido abusados sexualmente cuando niñas/os creían que el incidente tuvo un impacto negativo serio en sus vidas. En otro estudio similar de mujeres adultas, cuando menos 66% sugirieron que cuando el abuso sexual ocurrió, la experiencia había sido severamente angustiante (Finkelhor, 1980).

Algunos clínicos trabajando con niñas/os han encontrado que casi todas las niñas/os sexualmente abusados exhiben síntomas de daño emocional que son al menos tan severos como las de otras niñas/os que reciben tratamiento psiquiátrico. La mayoría de los investigadores están de acuerdo de cualquier modo que el grado en el cual la niña/o es emocionalmente dañada/o y el modo en el que la niña/o va a expresar el daño es influenciado por tres tipos de factores: 1) Los que se relacionan con factores existentes antes del evento tales como: las características demográficas, experiencias traumáticas anteriores, los problemas que suceden alrededor de la niña/o, alguna psicopatología previa; 2) factores circunstanciales en las que se dio el abuso tales como: la forma en que se experimentó el suceso, la edad a la que empezó el abuso, la naturaleza de éste (grado de sofisticación), duración y frecuencia del abuso, si se acompañó de abuso físico, la red social con la que cuenta la/e menor, la reacción inmediata, tanto personal como la que moviliza en las redes sociales cercanas y la relación que exista con el agresor; 3) factores de personalidad y recursos intelectuales que la niña/o posea en el enfrentamiento para la resolución de conflictos (La Fontaine, 1990; Blume, 1990, Ramos y Saltijeral 1996; Gomes, S., et. al. 1990). A continuación se hace una breve descripción de los principales factores circunstanciales que determinan la gravedad en las consecuencias a corto y largo plazo.

Edad: La importancia de la edad de la niña/o en la traumatización inicial como indicador de psicopatología a generado un debate importante, la pregunta considerada en estos reportes es si una niña/o es más afectada/o cuando el abuso inicial ocurrió a temprana edad o cuando la niña/o es mayor. Entre los investigadores existe una concordancia en que a las niñas/os más pequeños, les es más difícil comprender la naturaleza sexual de la experiencia y por lo tanto puedan mostrar un trauma emocional. Algunos investigadores sugieren que mientras más grande es la niña/o, es más probable el daño emocional. Una razón para esto es que una niña/o más grande tiene una mayor capacidad para entender los tabúes sociales sobre sexualidad y por lo tanto se sienten más dañados por el asalto o más responsables por la ocurrencia del hecho (Finkelhor, 1980; La Fontaine, 1990; Gomes, 1990).

Relación con el Victimador: Un apartado mayor que ha generado debate es el significado de la relación entre la niña/o y el atacante para influir en el daño. El evento de incesto entre padre hijo/o posee más impacto que otro tipo de abuso, esto ha sido apoyado por muchos estudios (La Fontaine, 1990). Sin embargo el estudio realizado por Gomes S., et. al., (1990) encuentra que las niñas/os abusadas sexualmente por padrastros, exhibían la más baja autoestima y los problemas más severos con la agresión y el desempeño escolar. Estos datos confirman lo expresado por Blume (1990), en el sentido de que el abuso sexual incestuoso no sólo implica daño al espacio corporal de la niña/o y ruptura de lazos sanguíneos, sino una traición a los lazos afectivos y de confianza de la niña/o.

Tipo de Contacto: Los datos sobre la relación entre el tipo de acto sexual (coito, tocamientos, exhibiciones, etc.), y el impacto en la niña/o para muchos autores sí sugiere una jerarquía de gravedad. En las jerarquías de la seriedad del acto sexual de acuerdo al estudio de Gomes (1990), el coito se considera la actividad más dolorosa, aunque no hay nada que indique que las niñas/os con experiencia de coito sufrieron mayor estrés que aquellos que experimentaron otros actos sexuales. González, P (1996), en su estudio con sobrevivientes de abuso sexual, encontró que el síndrome de estrés posttraumático no muestra diferencias significativas en intensidad cuando el abuso sexual involucró coito y cuando no lo involucró. Lo que sí resultó altamente significativo en el estudio de Gomes (1990) es la asociación entre la reacción de la niña/o y la cantidad de violencia. Como muchos investigadores han sugerido, los asaltos sexuales son primeramente expresiones de violencia, más que expresiones de carácter erótico. Las lesiones o el daño corporal convierten estas actividades sexuales de experiencias incomprensibles y desconcertantes, a actos terroríficos.

5.1 CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO

Cazorla (1992) presenta una descripción de algunas de las conductas que la/el menor frecuentemente presenta ante un abuso sexual.

Bajo rendimiento escolar: El impacto sufrido contribuye a la continua evocación del hecho con poca capacidad de concentración en las rutinas escolares. Otra posible explicación surge de la teoría conductual al referirse a la incapacidad aprendida: cuando la niña/o ha sido expuesto a situaciones sobre las cuales no tiene control, como la agresión sexual, deja de esforzarse o de luchar en situaciones en las que sí puede hacerlo.

Miedo: El enfoque conductual define el miedo como una reacción de asociación a situaciones adversas e incómodas aprendidas en el transcurso de la vida, por lo que se concluye que las niñas/os son susceptibles de sentir miedo, pero en el caso específico del abuso sexual e incesto, los miedos y temores guardan estrecha relación: a) de ser agredidos ante la presencia del agresor o al imaginar que éste los puede atacar de nuevo; b) de salir a jugar; c) a los hombres por asociación con el agresor; d) a que los adultos/as no entiendan la situación que ellas/os están viviendo y, que por el contrario, los culpen; e) a la reacción de enojo de los padres; y f) a que la madre sea agredida (en los casos de incesto).

Agresividad: Según la teoría de Arnold Buss (1961, citado en Cazorla, 1992) agresión es cualquier respuesta que proporciona un estímulo aversivo a otro organismo que está motivado a evitar ese trato. Independientemente de las variables biológicas que influyen en la respuesta de agresión, existen factores socioculturales que determinan en gran parte la actitud de la/el menor para manifestar agresión como una alternativa de reacción. La niña/o expresará agresividad tomando en cuenta los siguientes factores: 1) rasgos de personalidad; 2) experiencias pasadas y modelos de agresividad aprendidos durante el desarrollo; 3) la frustración. En gran medida el manejo de la agresividad en menores esta íntimamente ligado a la facilidad que tienen los padres para reforzar o no dichas respuestas.

Según Finkelhor (1980). La agresividad como consecuencia del abuso sexual a la/el menor se intensifica cuando: 1) hay una relación cercana entre la víctima y el victimario; 2) el abuso sexual ha sido continuo; 3) el abuso sexual ha sido cada vez más elaborado, esto es que ha ido desde el exhibicionismo hasta la penetración; 4) la reacción de los padres ha sido violenta provocando en la niña/o mayor sentimiento de culpa y confusión.

Demandas de afecto: Las conductas que se agrupan en este rubro se refieren a: 1) Pedir más demostraciones de cariño; 2) querer permanecer cerca de los padres; 3) querer dormir con ellos aún cuando no lo acostumbra; 4) exigir que se cumplan sus deseos.

La relación afectiva es el antecedente de la confianza que la niña/o pueda tener en sí mismo/a y que unida con la aceptación de la pequeña/o en su medio ambiente, creará seguridades en torno a ella/él y a los demás; según Finkelhor y Browne (1985, citado en Cazorla, 1992), una niña/o que ha sido víctima de abuso sexual, pierde la confianza no sólo en el victimario sino también en

las personas que en su opinión pudieron haber evitado el suceso. Este sentimiento de "traición" se acentúa cuando el victimario ha sido una persona cercana afectivamente o cuando no le dan credibilidad a su denuncia o acusación. De ésto deriva, la necesidad de la/el menor de recobrar la confianza perdida, la cual se manifiesta en demandas de afecto y dependencia externa.

Aislamiento: El aislamiento se refiere a la interposición de un periodo refractario durante el cual la/el individuo evita pensar y actuar (Wolman, 1987, citado en Cazorla, 1992), dicha conducta puede presentarse como una medida de escape; la/el menor se da cuenta de que no puede hacer nada para evitar el abuso sexual, por lo tanto se aísla para no exponerse.

Regresiones conductuales: Cuando se habla de ésto se refiere a las manifestaciones con retroceso en los niveles de desarrollo que ya se habían superado. Existe una tendencia natural a volver a practicar aquellas conductas que son placenteras o que de algún modo se asociaron con un hecho agradable, que brindan tranquilidad y confianza ante situaciones difíciles, y en el caso del abuso sexual cuando el espacio y el cuerpo del menor han sido invadidos (Finkelhor 1984).

Enuresis: Se le da el nombre de enuresis funcional a la emisión de orina involuntaria y persistente que no obedece a una enfermedad orgánica. Se presentan indistintamente en adultos/as y en niñas/os (Price y Lynn, 1986, citado en Cazorla 1992). Se diagnóstica enuresis en niñas/os entre 6 y 7 años si las emisiones son involuntarias y ocurren al menos dos veces al mes, y en niñas/os mayores si ocurre al menos una vez al mes. El tipo más común es la enuresis nocturna, la cual ocurre frecuentemente durante las primeras horas de sueño profundo.

Hasta ahora no se ha proporcionado una explicación definitiva de las causas que provocan la enuresis, pero se considera que podría tratarse de una expresión de ansiedad y hostilidad hacia su entorno que la niña/o no puede manifestar de otra forma.

Alteración de hábitos: Esta se refiere a un acto adquirido que se practica regularmente Dewey (1987, citado en Cazorla, 1992) distingue entre: 1) hábitos rutinarios, que son los que ofrecen un ajuste a un ambiente más o menos estático; 2) hábitos inteligentes, que guían al individuo hacia un mejor ajuste ante una situación cambiante; 3) hábitos de interferencia, que es el

debilitamiento de una respuesta que se ha establecido ante una misma situación. Dichos hábitos pueden verse perturbados ante el abuso sexual.

Alteración en los patrones de sueño: Entre los tres y los siete años la niña/o empieza a contar sus sueños y es probable que agregue sus propias fantasías, a esta edad suele tener pesadillas; a partir de los siete años el sueño depende cada vez más del medio (ambiente y padres) y de las experiencias que tenga durante el día. Es decir, de aquellos sucesos que le han impresionado; si se toma en cuenta que el abuso sexual es un suceso impactante se puede explicar por qué se presentan alteraciones al dormir.

Conductas sexualizadas inapropiadas a su edad: Como ya se mencionó anteriormente las niñas/os que han sido victimizados, como mecanismos de adaptación pueden reproducir parte del acontecimiento traumático a través de conductas de victimización para con otros/as, sin ser conscientes de que esas conductas reflejan sus propias experiencias traumáticas (Kaplan, 1994; DSM-IV, 1995).

Funk (1997) propone el concepto de menores reactivos sexualmente, el cual incluye algunos criterios como: la/el menor es incapaz de detener la conducta sexualizada, ésta se hace repetitiva y con ansiedad en muchas ocasiones en lugares públicos, hace sentir a las/los menores implicados con la/el menor reactivo incómodos o violentados, no hay una comprensión de los límites corporales y de las áreas privadas, inician actividad sexual con adolescentes y/o adultos/os, y en muchos casos se utiliza la coerción, manipulación, y/o las amenazas.

También es importante recordar lo descrito en torno a la sexualidad en las niñas/os y la importancia que los juegos sexuales tienen en el autoconocimiento de su cuerpo y en la afirmación de su sexualidad. Surge aquí el problema del diagnóstico entre abuso sexual y juegos sexuales por lo que a continuación se presentan algunos criterios que pueden ser de ayuda para este.

Juegos sexuales	Juego postraumático
1. El juego se lleva a cabo en condiciones de equidad y cooperación.	1. Se da con imposición de poder a través de conductas violentas como la coerción, las amenazas y/o la manipulación
2. Entre los participantes hay voluntad de participación.	2. Existe una repetición ansiosa
3. Entre los participantes existe equilibrio de poder.	3. Existen sentimientos de ansiedad miedo culpa e ira
4. El juego no implica para los participantes consecuencias psicológicas negativas.	4. Existe un pobre control de impulsos por lo que la conducta puede ser muy explícita y en lugares públicos
5. Los participantes disfrutaron por igual el juego.	

DIFERENCIAS ENTRE JUEGO SEXUAL Y JUEGO POSTRAUMÁTICO POR ABUSO SEXUAL. Funk (1997)

Dentro de todas estas manifestaciones conductuales cabe aclarar que no todas las niñas/os que presentan estas conductas sufrieron abuso sexual (Cazorla, 1992; La Fontaine, 1990). Se exceptúa la última manifestación pues se considera que el hecho de que una/un menor presente conductas sexualizadas inadecuadas para la edad y etapa del desarrollo en la que se encuentra, es por el simple hecho de que lo aprendió de alguien o lo ha visto hacer a alguien (González Serratos, Rosas y Meléndez, 1996).

Sgroi (1982) menciona 10 impactos significativos por el abuso sexual y/o incesto en la vida de la niña@ estos son:

1. Síndrome de "los bienes dañados": Se caracteriza por una vivencia de daño y conjunta varias reacciones como: 1) una presunción de daño físico permanente y/o miedo a un nuevo daño esto se puede reflejar a través de preguntas como: - ¿seré normal cuando crezca? ¿cuando tenga novio sabrá que ya tuve relaciones? -; 2) Existe por parte de la familia y la comunidad una respuesta de conflicto, ambivalencia, culpa y miedo, la niña/o es vista con una intensa curiosidad, lastima, disgusto u hostilidad, dependiendo de las percepciones y prejuicios de la gente. Debido a que nuestras sociedades tienden a ver la iniciación de relaciones sexuales como una pérdida de inocencia y un elemento importante de la vida adulta la niña/o puede ser tratada/o como adulta/o o rechazada/o por haber "perdido" la inocencia.
2. Culpa: Este sentimiento puede darse en 3 niveles:
 - a) sentir responsabilidad de la conducta sexual ejercida por el victimario;
 - b) sentir responsabilidad por haber revelado el abuso: casi invariablemente la conducta del abuso sexual es tratado como un secreto de ahí que la niña/o pueda sentir que ha traicionado al victimador o ha violado de algún modo una relación de confianza

- c) sentir responsabilidad por lo cambios o rompimientos a partir de la revelación, lo anterior se intensifica si algunos familiares lo perciben como responsables por cualquier incomodidad que puedan sufrir.

3. **Temor**

4. **Depresión:** Las niñas/os pueden estar deprimidas/os antes o después de la revelación del abuso. Los signos evidentes de depresión pueden ser tristeza, sumisión, aislamiento o puede estar enmascarada y expresada en quejas de fatiga o enfermedad física, es muy importante en este impacto explorar los sentimientos suicidas y de automutilación

5. **Baja autoestima y habilidades sociales pobres.**

6. **Ira reprimida y hostilidad:** esta puede expresarse en tres sentidos: hacia los victimarios, hacia los padres (especialmente hacia la madre) por no protegerlo; en algunas ocasiones se extiende a vecinos/as, amigos/as y otros en la comunidad o bien hacia sí misma/o por no haber podido para la conducta del abuso sexual.

7. **Inhabilidad para confiar:** El grado de perjuicio, es determinado por muchos factores: la identidad del victimario, el tipo de relación con éste, el grado de dolor, incomodidad, o placer, la cantidad de rompimientos después de la revelación y la manera en que la comunidad vive estos rompimientos.

8. **Límites de rol confusos y confusión de roles:** El abuso sexual desorienta porque las víctimas a menudo experimentan confusión debido a la violación de límites que el victimador tiene para con la niña/o. Para un adulto/a con posición de poder en relación a la niña/o, implica una profunda alteración de los límites de roles convencionales. A pesar de que la actividad sexual esta primariamente al servicio de necesidades no sexuales, la prematura e inapropiada experiencia sexual con adultos/as genera un gran problema de confusión de rol para la víctima. Si el adulto ocupa una relación familiar con la niña/o, la confusión de rol es magnificada.

1.5.2 CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO

Los efectos a largo plazo de los abusos sexuales infantiles pueden ser tan generalizados que a veces resulta difícil determinarlos exactamente. Lo invaden todo, la identidad, las relaciones íntimas, la sexualidad, la relación con los hijos/as, la vida laboral, y dado que el abuso sexual es uno entre muchos factores que influyen en el desarrollo, no siempre es posible aislar sus efectos de las otras influencias recibidas en la vida (Cuadro 5).

Muchos profesionales que trabajan con adultos sobrevivientes de abuso sexual o incesto creen que el desarrollo personal, emocional y cognitivo se detiene desde el momento en que el incesto ocurre; al respecto Bass (1995) optina que más que tener un retardo, los sobrevivientes de abuso sexual o incesto, sufren distorsiones en áreas individuales, tales como: sentimientos, autoestima y poder personal, el cuerpo, la intimidad, la sexualidad y el entorno familiar entre otros.

EFECTOS A LARGO PLAZO DE LOS ABUSOS SEXUALES INFANTILES

AUTOESTIMA	EL CUERPO	SEXUALIDAD	INTIMIDAD	SENTIMIENTOS
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Creerse mala(o). <input type="checkbox"/> Sensación de impotencia o de ser una víctima. <input type="checkbox"/> Sentirse diferente de las demás personas. <input type="checkbox"/> Sentimientos autodestructivos o de muerte. <input type="checkbox"/> Dificultad para ocuparse o cuidar de sí misma <input type="checkbox"/> Inconciencia de los propios intereses, valores, objetivos. <input type="checkbox"/> Miedo a triunfar 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sensación de estar fuera del cuerpo. <input type="checkbox"/> Adicción a las drogas, alcohol, fármacos o alimentos. <input type="checkbox"/> Insensibilidad en el cuerpo. <input type="checkbox"/> Pobre percepción de los mensajes del cuerpo (hambre, temor, cansancio, dolor). <input type="checkbox"/> Enfermedades somáticas. <input type="checkbox"/> Maltrato o daño del cuerpo intencionadamente o sin ésta. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Despersonalización <input type="checkbox"/> Tendencia a satisfacer con relaciones sexuales necesidades que no son sexuales. <input type="checkbox"/> Evitación de la relación sexual aunque que ésta se desea. <input type="checkbox"/> Búsqueda de la relación sexual aunque ésta no se desee. <input type="checkbox"/> Incapacidad para experimentar deseo sexual. <input type="checkbox"/> Imágenes intrusivas del abuso sexual dentro de la relación sexual 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dificultad para confiar <input type="checkbox"/> Dificultad para dar y recibir cariño y cuidados. <input type="checkbox"/> Miedo a la gente <input type="checkbox"/> Dificultad para comprometerse en la amistad o en la relación de pareja. <input type="checkbox"/> Pánico cuando existe acercamiento físico. <input type="checkbox"/> Terror al abandono. <input type="checkbox"/> Dificultad para decir no. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dificultad para reconocer los propios sentimientos. <input type="checkbox"/> Dificultad en la expresión de sentimientos. <input type="checkbox"/> Miedo a los sentimientos. <input type="checkbox"/> Entumecimiento emocional

88-A

Cuadro 3: EFECTOS A LARGO PLAZO DE LOS ABUSOS SEXUALES INFANTILES. Bass, E. y Davis, L. 1995. El coraje de sanar. España: Urano

Dentro del abuso sexual e incesto el secreto que se genera alrededor de las experiencias entre el atacante y la niña/o, representa uno de los más severos daños que este tipo de experiencias puede tener, ya que la niña/o se encuentra entre dos posiciones, una en la cual se le exige ya sea por medio de amenazas de abandono del perpetrador (en caso de incesto), o bien de daño o abandono de seres queridos para la niña/o o a través de la imposición de autoridad o abuso de poder el no revelar el secreto, pues se le responsabiliza de la "seguridad" y el "bienestar" de la familia; y por el otro la inmensa culpa que le genera estar involucrada/o en actos socialmente no permitidos y que representan una disrupción de su "yo" y del mundo que le rodea el cual se convierte en una zona de eterna inseguridad y sin posibilidad de que esto cambie. De ahí que las niñas/os tengan que desplegar una serie de mecanismos creativos de adaptación que les permitan sobrevivir y hacer más tolerable lo no tolerable, por lo que desarrollan una variedad de adaptaciones cognitivas:

Dearealización: Dicho trastorno es una alteración de la percepción que transmite la sensación de que lo que rodea a la persona es irreal o de alguna forma esta cambiado o resulta extraño. Este puede presentarse en una sujeta/o normal ante situaciones de estrés grave, y se considera un mecanismo de defensa contra un sufrimiento desbordante (Kaplan y Sadock, 1996).

Despersonalización: Es una alteración de la percepción que produce la sensación de que la persona es irreal, de que ha cambiado de alguna forma y de que es extraña así misma. Las/los pacientes describen sentimientos de estar desligadas/os de sus propios cuerpos y de vivir sus vidas como si fueran espectadores de las mismas. Dicho mecanismo también tiene la función de alejar la realidad que no se puede tolerar. En la adultez este mecanismo puede salir fuera de control y presentarse ante cualquier evento estresante por mínimo que sea, llegando hacer la experiencia terrorífica para la persona que lo vive (Blume, 1990; Kaplan, 1996).

Annesia: La amnesia es característica común, puede tomar muchas formas, afectar la memoria, los sentimientos o las percepciones. Es frecuente que las niñas/os bloqueen el evento del abuso lo cual en la adultez se observa en el no recuerdo de grandes periodos de la infancia o bien de recuerdos parcializados (amnesia selectiva), teniendo algunas veces la sensación de que hay algo horrible que no se puede recordar, a través de la amnesia la niña/o obtiene como ganancia el protegerse a sí misma/o de sentimientos dolorosos (Bass Davis, 1994; Kaplan, 1996).

Personalidad múltiple: Dicho trastorno nace en la temprana infancia de la víctima, es una forma de despersonalización donde, durante un período de amnesia, la personalidad o personalidades divididas se separan, funcionando como una personalidad completa y estructurada, cuando alguna de estas personalidades esta en funcionamiento, la persona no sabe de ellas, pueden saber que experimentan períodos de amnesia pero no lo que pasa en ellos. El trastorno de personalidad múltiple es característico de personas víctimas de tortura e incesto en la infancia (Blume, 1990).

Suicidio: Algunas/os sobrevivientes de abuso sexual desarrollan una relación continua con el suicidio como única manera de tomar el control de sus vidas, dicha relación puede manifestarse a través de constantes deseos de morir, de pensar e imaginar posibles formas de matarse o bien haber intentado alguna de ellas. La relación con el suicidio también puede manifestarse a través de un miedo fóbico a la muerte o a los objetos con los cuales pudiera llegar a la muerte (Bass, E. y Davis L. 1995).

Queda claro que ante el abuso sexual e incesto las niñas/os que lo sufren deben desplegar una serie de mecanismos para sobrevivir a tales experiencias, las cuales si bien alteran de una u otra manera el desarrollo de la misma/o, son eficaces para tolerar lo insoportable.

Lo anterior permite dimensionar la severidad que un abuso sexual o incesto pueden tener en la vida de una niña/o a nivel cognoscitivo emocional y sexual, no sin olvidar las consecuencias de orden social que se desencadenan a partir de un abuso sexual, de ahí que sea necesaria la elaboración y la sistematización de modelos que permitan una intervención profesional y específica en el manejo del trauma por abuso sexual y/o incesto en la infancia, por ello es indispensable la revisión y análisis de los diferentes enfoques y perspectivas de orden psicoterapéutico con el fin de conocer los objetivos y alternativas de cada uno de los modelos de intervención, y como éstos se pueden relacionar en la intervención psicoterapéutica del abuso sexual.

CAPÍTULO 4

Para poder hablar de los modelos de intervención dentro del abuso sexual es necesario entender que cualquier terapia o intervención psicológica sea la escuela que fuere intenta aplicar métodos curativos en función del concepto que tenga de hombre/mujer, la sociedad, la cultura, salud/enfermedad etc. Las teorías que sustentan la acción terapéutica, de alguna manera contienen valoraciones ideológicas, siendo inevitable que estas valoraciones se trasladen no sólo a los fines sino también a las técnicas terapéuticas, las cuales en definitiva responden ideológicamente a las preguntas de: ¿qué curar? ¿para qué curar?. En líneas generales, podemos concluir que toda terapia esta sujeta a una ideología.

1. PSICOTERAPIA E IDEOLOGÍA

En términos generales la psicoterapia como campo de estudio puede definirse como un universo sumamente rico y complejo de prácticas discursivas centradas en la actividad asistencial concertada con personas o grupos; este. Un punto esencial de las psicoterapias como constituyentes de un campo de saber, consiste en la imposibilidad de restringir su dominio a una disciplina exclusiva, sino que se presenta como el lugar en que varias disciplinas referentes al hombre convergen, discrepan, luchan entre sí por ejercer desde sus respectivos puntos de vista, un poder hegemónico (Fiorini, 1973).

En cuanto al concepto de psicoterapia se conceptualizará de manera diferente de acuerdo a la perspectiva ideológica de la que se parta; sin embargo en términos generales y para fines de este trabajo la psicoterapia se definirá como "una relación estructurada y persuasiva que permite a la persona sujeta de esta comprenderse mejor así misma de tal manera que pueda ir dando pasos positivos a la luz del nuevo enfoque que quiere dar a su vida" (Rogers, 1961 citado en Febzas, 1993).

La psicoterapia requiere dentro de su desarrollo científico múltiples vías de abordaje, tres aspectos se presentan como urgentes: 1) la necesidad de afinar la descripción de las técnicas; 2) el trabajo sobre ciertos pilares teóricos en los que pueda asentarse y en los que pueda a su vez enriquecer la práctica; 3) el cuestionamiento ideológico de las teorías y de las técnicas que pueda colocarlas en relación con determinaciones del contexto social más amplio (Febzas, 1993).

Para lo anterior resulta necesario describir algunos conceptos claves dentro de la influencia ideológica; dos conceptos de la teoría marxista son claves en esta descripción:

1) **Conciencia social:** Esta se refiere a las distintas formas de adecuación, explicación y justificación de un orden dado o posición social. La conciencia no es un producto creado para siempre, sino que refleja precisamente formas de organización social (Guinsberg, 1990).

2) **Ideología:** Concepto que dentro del marco teórico del Marxismo adquiere una especial precisión y formulación. La ideología o ideologías, es "el sistema de ideas y de representaciones, que domina el espíritu de un hombre/mujer o de un grupo social", estas representaciones de la ideología se refieren al mundo mismo en el cual viven los hombres/mujeres, la naturaleza, la sociedad y la vida de los hombres/mujeres, a sus relaciones con la naturaleza, con la sociedad, con el orden social, con sus semejantes y con sus propias actividades incluso a las prácticas económicas y políticas. Estas representaciones no son conocimientos del todo verdaderos del mundo que representan, sino un sistema regido por una concepción del mundo o del dominio de un orden social. Las características de la ideología como concepto son:

a. La ideología abarca la totalidad del dominio social, pero puede ser divisible en regiones particulares: ideología religiosa, moral, jurídica, etc. y en el caso particular de este capítulo se puede hablar de la existencia de una ideología psiquiátrico-psicológica en la que los elementos justificadores del sistema son integrados como base de un conjunto de verdades y conocimientos reales.

b. La ideología tiene su principal función, ante todo, en asegurar la dominación de una clase sobre las otras y la explotación económica que le asegura su preeminencia, haciendo a los explotados aceptarla como fundada en la voluntad de un "ser supremo", en la "naturaleza", en el "deber moral" etc.

c. La ideología es necesariamente una expresión *deformante* y *mistificadora* de la realidad en que deben vivir hombres y mujeres, una representación destinada a hacerles aceptar, en su conciencia y en su comportamiento inmediatos, el lugar y el papel que les impone la estructura de esa sociedad. (Guinsberg, 1990).

De lo descrito anteriormente y en líneas generales, la ideologización de las terapias surge como consecuencia de dos factores: 1) teorías ideológicas; 2) posición de clase del terapeuta, es decir éste no puede menos que compartir determinados valores (ideologías), que casi responden al sector social de pertenencia.

2. FACTORES DETERMINANTES EN LA COMPRENSIÓN E INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL

Los factores que interviene en la comprensión e intervención en salud mental están determinados en primer lugar por las respuestas que se den a las preguntas: ¿que es normal o sano en salud mental?, ¿quién lo determina?; de ello dependerán no sólo los fines, sino incluso las técnicas, quienes son los que pueden acceder a tales terapias e incluso el interés que la sociedad pueda tener para recuperar a un "enfermo(a)", hecho fundamental, en la determinación de las políticas oficiales para la prevención y curación en el terreno de la salud mental (Guinsberg, 1990).

Es así que, y de manera esquemática, siempre se han esbozado tres grandes líneas para la comprensión de la salud mental, que responden a los nombres:

Organicismo: trata de comprender a la enfermedad mental sólo con base en perturbaciones físicas, desvalorizando o negando factores psicológicos y sociales.

Sociologismo: trata de comprender al hombre como producto social, así como de las determinaciones del funcionamiento de ésta, su reacción ante el psicologismo lo lleva a dejar de lado o desvalorizar todos los aspectos psicológicos individuales, o bien los reduce a categorías inconducentes.

Psicologismo: pretende comprender todas las actitudes y estructuras de la personalidad del hombre sólo en función de sí mismo: aunque aparece bajo diferentes formas y aspectos y se presenta bajo distintos términos, el psicologismo ha descansado siempre sobre dos principios básicos: 1) la reducción del proceso social a la conducta del individuo; 2) el estudio del individuo como sujeto gobernado por fuerzas psíquicas originadas en los "instintos", los que se conciben como profundamente enraizados en la "naturaleza humana", que a su vez es considerada como estructura esencialmente estable y determinada biológicamente (Baran, 1971 en Guinberg, 1990)

3. APROXIMACIONES TEÓRICAS EN PSICOTERAPIA

En este punto es de suma importancia describir las principales aproximaciones teóricas psiquiátrico-psicológicas, que por su especificidad requieren un análisis de sus conceptos y métodos de aplicación. Dichas aproximaciones sustentan posturas ideológicas diferentes y han marcado gran influencia dentro de la intervención terapéutica en salud mental; dentro de ésta descripción se dará una pequeña definición de las mismas; mencionando a sus principales representantes, sus fundamentos, sus conceptos básicos así como sus recursos técnicos, a partir de las aportaciones hechas por autores como Baran (1971); Feixas y Miro (1993); Garfield, (1979); Guinberg, (1990); Thom y Kachele, (1985).

3.1 MODELOS PSICODINÁMICOS

En psicoterapia, el término "psicodinámico" se suele identificar con el psicoanálisis y, por extensión, con aquellas concepciones en las que el conflicto intrapsíquico tiene un papel central.

Representantes: Freud, Jung, Adler, Meninger (1856-1893)

Fundamentos:

- Estudio de la hipnosis
- Asociación libre: Relato sin restricciones de todo lo que acuda a la mente.
- Mesmerismo: (Anton Mesmer: 1754-1815) Todas las personas poseen una fuerza magnética que puede utilizarse para influir en la distribución del fluido magnético en otras personas y de este modo realizar curaciones.
- "Escuela de Nancy": Sustentaba que el hipnotismo y la histeria estaban relacionadas y que ambas eran el resultado de la sugestión.
- Modelo Freudiano: Descubrimiento del inconsciente.

Conceptos básicos:

Los principios básicos del psicoanálisis se encuentran formulados en, al menos cinco submodelos distintos de las estructuras psíquicas que se han llegado a distinguir en la obra de Freud, estos son los siguientes:

Modelo topográfico: a partir de él, la mente humana se concibe como una estructura compleja que funciona en niveles diferentes, éste distingue tres niveles de conciencia: El primero, el inconsciente, en él se almacenan los recuerdos e imágenes no accesibles al sujeto en estado normal de vigilia, éste se encuentra gobernado por sus propios principios: es ilógico, atemporal, puede simultáneas sucesos del pasado y del presente. El preconscious es una región vagamente definida que media entre el inconsciente y el consciente; ciertos contenidos inconscientes pueden en ocasiones traspasar la barrera y entrar en el preconscious. Por último, el consciente es la parte racional del sujeto, se identifica con el propio Yo y es el responsable de las actividades cognitivas y de relación con el mundo exterior.

Modelo dinámico: este modelo entiende los fenómenos mentales como el resultado de fuerzas en conflicto. Los conflictos surgen de la necesidad de reducir (descargar) la tensión generada por las presiones pulsionales sexuales y agresivas por un lado, y por el otro, por las defensas construidas para inhibir la expresión consciente de estas pulsiones.

Modelo económico: se ocupa de la distribución, transformación y gasto de energía que regula la conducta y la vida psíquica. El elemento básico de este modelo es el concepto de libido. En este modelo, el proceso primario corresponde al proceso mediante el cual la energía circula libremente y puede descargarse, mientras que el proceso secundario consiste en la regulación de dicha energía que queda "vinculada" o que circula de un modo controlado. El proceso primario se encuentra comprometido con el principio del placer, mientras que el proceso secundario lo está con el principio de realidad (Freud, 1920).

Modelo genético: Este modelo se ocupa del desarrollo de los fenómenos psíquicos y concibe la formación de la personalidad a través de unas fases o estadios del desarrollo psicosexual. Se postula que el progreso normal de una fase a otra puede alterarse por exceso o defecto de gratificación de la actividad básica de cada fase. Las nociones de fijación y regresión de la evolución psicosexual son claves en la comprensión psicoanalítica de la personalidad del sujeto. En síntesis, las fases propuestas por Freud son las siguientes: oral, anal, fálica, de latencia y genital.

Modelo estructural: En este modelo el aparato psíquico se divide en varias unidades funcionales que se desarrollan a partir de la maduración biológica y la interacción social. (Freud, 1923, citado en Feixas, 1993)

El ello: se considera la fuente de la energía psíquica y contiene todas las pulsiones biológicas básicas sin socializar, recibe toda su energía de los órganos interiores y no mantiene contacto directo con el mundo exterior; se rige por el principio del placer.

El super yo: surge del proceso de socialización, por medio de la internalización de las normas y valores paternos, su finalidad es la adaptación a los imperativos morales del medio; en su función de conciencia moral retoma tareas que, en principio, ejercían los padres, tales como vigilar y castigar las actividades que nacen del ello.

El yo: instancia situada entre el Ello y el Super yo y su función es llegar a compromisos entre ambas, es decir, satisfacer las necesidades emocionales básicas, por un lado, y tomar en cuenta las restricciones necesarias para no entrar en conflicto grave con las normas existentes, por otro. En consecuencia, el Yo opera a través del principio de realidad y cumple funciones de decisión y control.

Los postulados teóricos del psicoanalista freudiano generaron gran influencia pero al mismo tiempo grandes disidencias, derivando en una serie de escuelas teóricas con gran influencia psicoanalítica pero al mismo tiempo en contraposición a postulados teóricos de la misma, entre estos disidentes se encuentran Adler, Jung, Ferenczi, Feniichel, Lacan, etc.; los cuales generaron postulados teóricos importantes que si bien han tenido influencia en la atención psicoterapéutica nunca de manera universal como el psicoanálisis ortodoxo de Freud (para conocer un bosquejo general de estas concepciones se recomienda consultar Feixas y Miro, 1993; Ponch, 1989; Thoma y Kachale, 1985).

Recursos técnicos

- La relación terapéutica como el principal elemento curativo del psicoanálisis. El aspecto más importante de la relación terapéutica reside en la noción de transferencia, la cual se define como: la influencia de las características de la situación terapéutica, que manifiesta al terapeuta modos de conducta que vienen a ser "simples reimpresiones" o refundiciones de anteriores formas de relación (Becker, 1975 citado en Feixas y Miro, 1993). En estrecha conexión con el concepto de transferencia y con la relación terapéutica, se encuentra el concepto de contra-transferencia, que ha sido definido como "el conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona sujeta a terapia y, especialmente, frente a la transferencia de este" (Laplanche y Pontalis, 1966).
- La asociación libre y el análisis de sueños para conocer tanto los aspectos conscientes como inconscientes de la vida mental.
- Análisis y reconocimiento de las resistencias, el cual se centra en las fuerzas que desde dentro del paciente se oponen a los procedimientos y procesos de la labor psicoanalítica.
- La confrontación, con la cual se muestra al paciente dos cosas opuestas con la intención de colocarlo ante un dilema, para que advierta la contradicción.
- La clarificación la cual consiste en la reformulación de un episodio que ha narrado el cliente desde un punto de vista distinto, más focalizado y de forma que resalte algún aspecto específico.
- Interpretación, comunicación hecha al paciente para hacer consciente un fenómeno inconsciente puede ser: el significado, su origen, la historia, modo o causa inconsciente de un determinado suceso psíquico.
- El uso de insight el cual significa, "ver adentro" o lograr el reconocimiento cognoscitivo de la naturaleza del propio funcionamiento psíquico, así como el propio comportamiento. El psicoanálisis busca la cura a través del insight, hace uso de las funciones del Yo, de su capacidad de vivir la realidad.

Desarrollos actuales:

Las ideas de Freud, así como su método terapéutico, siguen siendo influyentes en la actualidad, aunque las discrepancias fueron frecuentes desde sus inicios. En la actualidad, para caracterizar

a grandes rasgos los desarrollos conceptuales y técnicos del movimiento psicodinámico, se suelen distinguir tres tradiciones:

Tradición neofreudiana: Esta tiene como principal punto de partida las discrepancias entorno a la teoría de la libido de Freud. Cabe agrupar en este apartado las obras de autores tales como Adler, Jung, Fenichel, Ferenczi, Horney, Reich, Rank, Sullivan y Fromm. Los aspectos más comunes de esta tradición son los siguientes:

1. Rechaza la teoría de la sexualidad infantil y especialmente la validez y la universalidad del complejo de Edipo.
2. Destaca la importancia de los factores socioculturales y la estructura del carácter en la organización psicológica y la conducta inadaptada.
3. Enfatiza el papel de los conflictos interpersonales en la génesis de la psicopatología.
4. Reduce la importancia del inconsciente y limitan el papel de la sexualidad.
5. Presta atención a la experiencia consciente, incluyendo los procesos cognitivos y a las funciones de adaptación y dominio
- 6 Se interesa por el desarrollo normal y la salud mental (Geinberg, 1990).

Desde el punto de vista de la técnica psicoterapéutica, los neofreudianos han introducido cambios importantes en relación al psicoanálisis clásico. La duración del tratamiento, así como la frecuencia es menor. Los objetivos del tratamiento se centran en los conflictos actuales y el analista tiende a asumir una posición activa directiva.

Tradición analítica del Yo: Tiene como principal punto de partida el modelo estructural de Freud, que enfatiza las funciones del Yo, en detrimento de las estructuras del Ello y del Super yo. Se incluyen en esta tradición autores como M.Klein, Fairbairn, Winnicott, S. Freud, Erikson, Hartmann, Rappaport y Guntrip. Backer (1985, citado en Feixas, 1993) menciona que los aspectos más relevantes de esta tradición son los siguientes:

1. Énfasis en las experiencias psicosociales e interpersonales y como determinantes de la organización psíquica.
2. Concepción del Yo como una estructura psíquica separada y con capacidad para aprender y actuar.
3. El desarrollo de la personalidad se entiende en términos de introyección de experiencias psicosociales.
4. Se interesan por el desarrollo normal a lo largo de la vida y por la salud psicológica.
5. La psicopatología se entiende en términos de tareas de desarrollo inconclusas y patrones de relaciones interpersonales destructivos (Geinberg, 1990). Desde el punto de vista psicoterapéutico, las dificultades de los pacientes tienden a concebirse en términos de problemas de confianza, afecto, separación, diferenciación de la identidad e individualización.

La psicoterapia breve psicodinámica: El formato breve de psicoterapia ha venido a desarrollarse principalmente por los imperativos de la práctica institucional, sus características generales (según la revisión de Fiorini, 1992).

1. Actitud activa y flexible del terapeuta.
2. Focalización de la terapia en un problema concreto.
3. Limitación de la duración de la terapia
4. Orientación hacia el fortalecimiento de las Áreas del Yo libres de conflicto y hacia la adaptación realista del sujeto.
5. Énfasis en los determinantes actuales del conflicto y los proyectos futuros del sujeto.
6. Énfasis en los aspectos externos de la vida cotidiana del cliente, con la posibilidad de realización de tareas entre sesiones.

En términos generales, este formato terapéutico requiere gran destreza por parte del terapeuta y un mayor compromiso e implicación por parte del cliente. Entre sus limitaciones, estos autores señalan el promover un exagerado optimismo, la transitoriedad y superficialidad de algunas de estas mejoras rápidas, la no modificación de los núcleos más profundos de la personalidad, y un énfasis excesivo en los aspectos racionales y la intelectualización.

3.2. MODELOS HUMANÍSTICOS-EXISTENCIALES

Con la etiqueta "humanístico-existenciales" se ha denominado, especialmente en el área de influencia norteamericana, tanto a los enfoques que provienen de la tradición fenomenológica-existencial europeo como al fenómeno americano de la psicología humanista. En definitiva, agrupa una serie de enfoques terapéuticos de evolución diferenciada, aunque paralela, con una multitud de influencias mutuas, pero con marcadas peculiaridades dentro de cada enfoque. Entre sus características principales cuenta esta fragmentación, además de una acentuada orientación tecnológica. Más que de una escuela, se trata de un movimiento que se aglutina como reacción al reduccionismo académico, y en defensa de los valores integrales del hombre/mujer.

A continuación se describirán de manera general los fundamentos y los conceptos básicos tanto humanísticos como existenciales para posteriormente dar una pequeña definición de los enfoques terapéuticos más representativos de este movimiento así como sus principales recursos técnicos.

3.2.1. Humanismo

Acentúa las tendencias naturales del hombre hacia una autodirección y autorealización responsables.

Representantes: James, Maslow, Ferls, Rogers (1950).

Fundamentos:

• Concepto de sí mismo (Carl Rogers).

1. Cada persona existe en un mundo íntimo de experiencias de las cuales él - es decir, yo, mí, me - es el centro.
2. La tendencia fundamental de cada persona es hacia el mantenimiento, perfeccionamiento y realización de sí mismo.
3. La persona reacciona ante las situaciones en función de sus propias percepciones y su mundo. Reacciona ante la "realidad" tal como la percibe y de un modo consciente con su concepto de sí mismo.
4. A una amenaza presentida contra el sí mismo le sigue una defensa que implica una reducción y una "inflexibilización" de las percepciones y conducta de superación y la inclusión de los mecanismos de defensa.
5. Las tendencias profundas de la persona se dirigen hacia la salud y la integración: en condiciones normales actúa de modo racional y constructivo y elige los caminos hacia el crecimiento personal.

Conceptos básicos

- Énfasis en la autodirección y en la propia realización del sí.
- El modelo hace incapié en la importancia de la individualidad. Cada persona, en virtud de sus enormes posibilidades para aprender y sus propios antecedentes personales, es única.
- Subraya la importancia del papel de los valores, el crecimiento personal y la realización.
- Sostiene una visión positiva del hombre y sus potencialidades.
- Presupone que el hombre es capaz de controlar de algún modo su destino, de que es libre de tomar decisiones y elegir (dentro de cierto límite un determinado curso de acción).
- El hombre/mujer posee la capacidad para el bien y para el mal, para una conducta racional o irracional, para ser activo o reactivo.
- El aprendizaje defectuoso y los mecanismos de autodefensa como los causantes de la psicopatología.
- Procesos irracionales defensivos de índole mal adaptativa producidos por temor y angustia.

3.2.2. Existencialismo

Corriente filosófica que dentro de la psicoterapia tiene como finalidad provocar un conocimiento de sí mismo y una autonomía suficientes para asumir y desarrollar libremente la propia existencia a través de un método de relación interpersonal y de análisis psicológico (Villegas, 1988).

Representantes: Kierkegaard, Sartre, May, Laing (1966)

Fundamentos:

- Unicidad del individuo.
- Búsqueda de valores y significado del ser.
- Libertad para la autodirección.
- Tendencias irracionales de la naturaleza humana.
- Dificultades inherentes a la autorealización.
- Confianza a la experiencia interna del individuo
- El objetivo es comprender y explicar los problemas más profundos del hombre/mujer.
- Está centralizado en la inquietud por el destino definitivo de la existencia humana.
- Observa la necesidad de establecer un sentido de identidad personal.
- Enfatiza la necesidad de vínculos plenos de significado con el mundo.

Conceptos básicos:

- **Existencia y esencia.**- la motivación básica del hombre/mujer es encontrar el mejor modo posible de vida, actualizar sus potencialidades y realizarse como ser humano.
- **Libertad, elección, valores, y sentido.**- Alguien tiene libertad completa cuando elige los valores y la clase de persona que sí quiere ser:
 1. "Yo soy un agente que *elige*, incapaz de evitar las consecuencias de la elección de mi camino a lo largo de la vida".
 2. "Yo soy un agente *libre*, totalmente libre para determinar los objetivos de mi propia vida".
 3. "Yo soy un agente *responsable*, personalmente responsable de mis elecciones libres tal cual aparecen en el modo como vivo mi vida".
- **Angustia existencial.**- El fin último del no ser es la muerte. El hombre/mujer es la sola criatura que debe subsistir con la constante conciencia de la posibilidad e inevitabilidad del no ser.

- **Encuentro con la nada.**- No saber si se vive una vida plena de sentido.
- **Logoterapia.**- Dentro de esta misma concepción se puede incluir a la logoterapia cuyo enfoque radica en la importancia que Frankl (su creador) otorga a la pérdida de significado (sentido) en la vida o vacío existencial, bajo este marco, la tarea de el(la) terapeuta es ayudar al paciente a encontrar significado a su vida, porque "la vida es potencialmente significativa hasta el último momento, hasta el último suspiro, gracias al hecho de que se pueden extraer significados hasta del sufrimiento (Frankl, 1985, citado en Fabry, 1992).

Como se mencionó anteriormente se describirán de manera muy breve los principales enfoques que derivan de este movimiento.

- **Análisis existencial:** en este enfoque no se pretende cambiar a la persona o su percepción de las cosas. Su objetivo es recobrar al ser humano, recobrarlo para su autopercepción y autodeterminación, lo que implica un cierto enfrentamiento consigo mismo/a. La finalidad es el análisis de las estructuras de su mundo, es descubrir las formas y los puntos de alineación, para restaurar la libertad, permitiendo una reconstrucción alternativa de las experiencias. Desde esta perspectiva se considera que los distintos trastornos psicopatológicos son formas inauténticas de existencia, estancamientos o vacíos existenciales, defensas o negaciones del "ser-en-el-mundo", renuncias o pérdidas de libertad (Villegas, 1981).
- **Enfoque centrado en la persona:** Una de las nociones principales de este enfoque es el rechazo de la autoridad del terapeuta porque se propone que es el propio cliente quien sabe lo que le lastima, que direcciones ha de seguir, que problemas son cruciales, que experiencias han estado profundamente enterradas (Rogers, 1984). Esta confianza radical en el cliente no sólo es un presupuesto axiológico de la terapia sino el arma terapéutica más poderosa.

La tarea fundamental de el(la) terapeuta, según Rogers, consiste en crear las condiciones idóneas para que el/la cliente pueda crecer y desarrollarse. Este objetivo se concreta en tres características: 1) el impulso al crecimiento; 2) importancia del presente; 3) la relación terapéutica como experiencia de crecimiento en sí misma.

Enfoque gestáltico: Se da por supuesto que el sujeto tiene una tendencia natural a completar su existencia (versión gestáltica de la tendencia a la autorrealización). Los principios de la terapia Gestalt son:

- 1) la relación yo/tu que implica varios principios destacándose el de que el(la) terapeuta se entrega por completo a la sesión, dispuesto a que el/la paciente lo/la afecte; no existe la colocación de una pared artificial entre el/la terapeuta y el/la paciente;
- 2) la autorregulación orgánica la cual Perls (1973, citado en Oaklander, 1997) menciona "toda vida y toda conducta están gobernadas por el proceso llamado homeostasis o adaptación. Por medio del proceso homeostático el organismo conserva su equilibrio y, a partir de ella, su salud bajo condiciones variantes. La homeostasis es el proceso por medio del cual el organismo satisface sus necesidades; puesto que éstas son muchas, y cada una trastorna el equilibrio, el proceso homeostático continúa todo el tiempo;
- 3) la atención se centra en el proceso de uno mismo (qué y el cómo, más que al por qué) lo cual puede conducir al cambio; y
- 4) favorecer la toma de conciencia de la experiencia, lo cual abarca, la conciencia de las sensaciones, los sentimientos, las carencias, las necesidades, los procesos del pensamiento y las acciones de uno mismo con el objetivo de fortalecer el sentido de sí mismo y la autodeterminación.

Recursos técnicos:

Rosal Gimeno (1988, citados en Feixas, 1993) agrupan las técnicas humanístico- existenciales de acuerdo a una serie de categorías:

- El uso del espacio y los elementos materiales: Es habitual, en estos modelos, desarrollar la práctica terapéutica grupal e individual en un espacio con pocos objetos decorativos con la finalidad de conseguir una focalización de la atención en lo que está ocurriendo en ese momento. Según el tipo de trabajo que se vaya a llevar a cabo aparecerán también toda clase de materiales que se crean convenientes. El psicoterapeuta utiliza pinturas, arcilla, papel, elementos naturales (piedra, flores, hojas, etc.), maquiillajes espejos, sillas, música y cualquier otro objeto.
- El uso del tiempo: centramiento en el aquí y el ahora
- Utilización de la fantasía: en varios modelos se utiliza de una manera muy destacada la fantasía en distintas formas, bien dentro de los esquemas de "ensueño dirigido", bien como fantasías "actuadas" en psicodrama.
- El empleo de la dramatización y la expresión corporal: ésta consiste en la dramatización de los conflictos inter o intrapersonales, teniendo el convencimiento de que es distinto narrar una experiencia que actuarla.

Además de la dramatización, los enfoques humanistas implican la acción corporal mediante otros procedimientos como: formas específicas de expresión corporal como la psicodanza; movimientos corporales como elementos a utilizar en un momento dado como la petición de exagerar un determinado gesto o postura o en la realización de juegos con estímulos para la expresión corporal, en los que posteriormente se procede a una elaboración de lo ocurrido durante el transcurso de los mismos. Otros enfoques utilizan lo que se ha dado por llamar "terapias corporales" las cuales utilizan el cuerpo no sólo como intermediario o colaborador de la sesión terapéutica, sino también como objeto directo de la misma.

Desarrollos actuales:

De todos los modelos humanísticos-existenciales considerados aquí, el enfoque de Rogers ha sido el que más influencia ha tenido y el que más literatura clínica y de investigación ha generado. Este autor posteriormente reformuló su posición original y extendió su posición a otros ámbitos, como los grupos de encuentro y las relaciones entre naciones. Esta última formulación se llamó "enfoque centrado en la persona" (Rogers, 1980). Sin embargo en la actualidad, sólo un porcentaje muy pequeño de psicólogos/as y otros/as profesionales de la salud se identificarían a sí mismos/as como profesionales de la terapia centrada en el cliente (Raskin, 1985 citado en Feixas, 1993). No obstante, este enfoque sigue teniendo peso, aunque el nombre de "centrado en el cliente" parece dejar paso al término "experencial".

La herencia más destacable de la terapia gestáltica, además de su propio desarrollo como escuela, es el enfoque llamado "psicoterapia expresiva focalizada", ésta se trata de una sistematización de la terapia gestáltica basada en muchos de los conocimientos actuales de la psicología cognitiva, y de las investigaciones sobre la emoción, así como de las investigaciones sobre el proceso terapéutico. Este enfoque se caracteriza por su rigurosidad y sistematización al elaborar la terapia gestáltica de una forma actualizada

En definitiva los enfoques que se engloban como modelos humanísticos y existenciales siguen en el panorama psicoterapéutico con gran influencia, además de que su denominación como enfoques experienciales va siendo cada día más extendida, lo que responde a su vigor renovado y su énfasis en la experiencia inmediata de las emociones.

3.3. MODELOS CONDUCTUALES

(Knell, S. 1997; Feixas 1993)

Este modelo parte de la idea de que la mayor parte de la conducta (incluida la inadaptada) es aprendida y de que los principios descritos por las teorías del aprendizaje pueden utilizarse en la práctica clínica. El tratamiento se centra en el cambio de la conducta observable en sí misma, se concibe la terapia como una empresa empírica a la que hay que aplicar el rigor y los procedimientos experimentales de investigación científica.

Representantes: Pavlov, Watson, Skinner, Bandura (1878-1958)

Fundamentos:

- Reflejo condicionado. Presupuestos teóricos traspolados de investigación con animales.
- Condicionamiento a seres humanos.
- Ley del "Efecto"
- a) Respuestas que tienen consecuencias gratificadoras se refuerzan y aprenden.
- b) Respuestas que tienen consecuencias negativas o adversas se debilitan o extinguen. *Condicionamiento operante (aprendizaje condicionado).*

Conceptos básicos:

- La conducta normal y anormal es aprendida
- Condicionamiento clásico: paradigma que se ha utilizado para explicar cómo estímulos neutros (o nuevos) llegan a provocar respuestas innatas como consecuencia del emparejamiento con otros estímulos.
- Condicionamiento operante: paradigma que se ocupa de conductas que el organismo emite libremente y que operan sobre el medio y están controladas por sus consecuencias ambientales.
- Concepto de refuerzo: fortalecer una respuesta por asociación con un estímulo (el refuerzo puede ser positivo o negativo).
- El modelado o aprendizaje observacional: en este paradigma se establece que un observador puede aprender una conducta compleja observando la ejecución que realiza un modelo.
- El comportamiento anormal es resultado de: a) un fallo en aprender las conductas o habilidades necesarias de adaptación; b) el aprendizaje de conductas ineficaces o mal adaptativas; c) situaciones conflictivas que requieren del individuo hacer discriminaciones o tomar decisiones de las que no se siente capaz.

Recursos técnicos:

Como ya se mencionó anteriormente las técnicas de la terapia de conducta se suelen agrupar en torno a los paradigmas de aprendizaje de los que reciben su fundamento, aunque en la mayoría

de los casos intervienen más de un tipo de procesos. Entendiendo su origen, los recursos técnicos se pueden clasificar en tres tipos.

Técnicas de recondicionamiento: Estas se fundamentan en los principios del condicionamiento clásico, a partir del cual se concibe la ansiedad como una respuesta condicionada que se encuentra en el origen de muchos trastornos psicológicos; para tratar este tipo de problemas es necesario romper la asociación entre los estímulos temidos y la ansiedad y sustituirla por las respuestas más adecuadas. Para ello se utilizan diversos recursos técnicos como: técnicas de relajación, desensibilización sistemática, el entrenamiento asertivo, técnicas de implosión entre otras.

Técnicas operantes: Los usos terapéuticos del condicionamiento operante se han dirigido a uno o varios de los siguientes objetivos: 1) el desarrollo y establecimiento de una conducta; 2) el fortalecimiento de una conducta y/o; 3) la eliminación de la conducta.

Técnicas de modelado: Estas técnicas se han utilizado para fines diversos, tales como la reducción del miedo, la reducción de conductas hiperactivas en niños(as), en el entrenamiento de adultos/as psicóticos/as etc.

Desarrollos actuales:

A partir de los años sesentas la terapia de la conducta se encuentra consolidada en el ámbito de los tratamientos psicológicos. El interés de los investigadores a partir de este momento ya no centra tanto en la demostración de la eficacia de sus técnicas en comparación con otros enfoques, sino en el perfeccionamiento de las mismas. Este interés por la consolidación y perfeccionamiento de la modificación de conducta se manifiesta en varios aspectos:

1. se potencia la investigación encaminada a descubrir los ingredientes terapéuticos responsables de la eficacia de una técnica determinada.
2. aparecen varias obras que intentan sistematizar el cuerpo de conocimiento alcanzado.
3. hay superación del determinismo ambiental de los primeros modelos, aunque estos siguen utilizándose en la práctica terapéutica con gran éxito.
4. se hace nota característica de este modelo conductual la diversidad, es decir una posición conceptual uniforme, en la que han convivido distintas formas de entender los tratamientos psicológicos.
5. otra característica de los desarrollos actuales en la terapia es la tendencia a la interdisciplinariedad con tendencias tales como:
 - La investigación de las relaciones entre la psicología de la personalidad y el tratamiento conductual. Áreas que adolecían de un contacto casi nulo antes de los años sesenta.
 - La incorporación de la terapia de la conducta a la salud, en general. Los orígenes de esta tendencia se remontan a la génesis del biofeedback. Al aplicar en la medicina la técnica del biofeedback, Bird (1973, citado en Feixas, 1993) acuñó el término de medicina comportamental; sus áreas más importantes de intervención se encuentra en los siguientes aspectos: a) intervenciones a modificar conductas observables o respuestas fisiológicas que en sí mismas constituyen problemas; b) desarrollo de procedimientos para facilitar la adherencia al tratamiento prescrito; e c) intervenciones encaminadas a mejorar las prestaciones asistenciales, prevenir la enfermedad y promover cambios en los estilos de vida.

• La década de los ochenta ha visto el nacimiento de la psicología de la salud (término que parece irse imponiendo y sustituyendo al de "medicina comportamental"), ésta toma como punto de partida el modelo biopsicosocial, en el que se establece que tanto la salud como la enfermedad suponen relaciones complejas entre factores biológicos, psicológicos y sociales, los campos en donde esta psicología se está desarrollando son: obesidad, cefaleas, psicología oncológica, psicoimmunología, entre otros.

Así pues, durante los últimos veinte años la terapia de conducta ha experimentado una expansión vertiginosa, implantándose plenamente entre los(as) profesionales de la salud, así como en otras áreas de relevancia social. Su arsenal técnico se ha desarrollado notablemente al igual que el rango de problemas que pueden abordarse por procedimientos conductuales.

3.4. MODELOS COGNITIVOS

(Knell, S. 1997; Feixas 1993)

Las terapias cognitivas han sido las que han adquirido un mayor protagonismo en el contexto de la psicoterapia actual. El rasgo común que unifica a todos los modelos cognitivos reside en la importancia que otorga a las cogniciones, tanto en la génesis de los trastornos psicopatológicos como en el proceso de cambio terapéutico. El término "cognición" se utiliza aquí en un sentido amplio que incluye ideas, constructos personales, imágenes, creencias, expectativas, atribuciones, etc. En este sentido amplio, este término no hace referencia únicamente a un proceso intelectual sino a patrones complejos de significado en los que participan emociones, pensamientos y conductas.

Representantes: Beck, Ellis, Kelly.

Fundamentos:

- Su principal referente histórico se encuentra en el estoicismo y a la cita de Epiceto (siglo 1 d. C.), que reza: "No son las cosas mismas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de esas cosas"
- La primacía del pensamiento sobre las emociones.
- La participación como principal responsable de los procesos psicológicos del individuo(a) y la sistematización de las estructuras de significado del individuo(a), y su práctica clínica en la comprensión de tales estructuras en los propios términos del sujeto(a) (Weishaar y Beck, 1987, citado en Feixas y Miro, 1993).
- La creencia de que la persona puede sustituir conscientemente los pensamientos irracionales por otros más razonables (Ellis, 1980)

Conceptos básicos:

Las terapias cognitivas carecen de marco teórico unificador, o de un maestro inspirador como en el caso del psicoanálisis, que otorgue una imagen clara y ortodoxa con la que guiarse o disentir. Por tanto, al emprender la tarea de delimitar los conceptos básicos de los distintos modelos de

psicoterapia cognitiva se observa un panorama plural y con lenguajes diversos. Sin embargo describiendo los conocimientos disponibles en psicología cognitiva (tomando en cuenta que los modelos terapéuticos cognitivos no surgieron de ésta), se establecerá una progresiva vinculación entre ciencia y técnicas cognitivas, para que éstas últimas lleguen a ser una tecnología psicoterapéutica coherente con la psicología cognitiva.

• **Concepto de esquema:** se concibe al esquema, como estructura cognitiva, responsable de los mecanismos que guían, la atención selectiva y la percepción. Puesto que coexisten varios esquemas distintos, el procesamiento de la información depende del esquema que se haya activado; dicho esquema está compuesto de una *estructura cognitiva* la cual se concibe como la *arquitectura del sistema que organiza internamente la información*, mientras que las *proposiciones cognitivas* se refieren al contenido de tal información. Los esquemas permiten al perceptor identificar los estímulos rápidamente, categorizar los acontecimientos, seleccionar estrategias para obtener nueva información, resolver problemas. Según la naturaleza de sus proposiciones cognitivas podemos hablar de esquemas sociales, esquemas sobre el self y otros; éstos últimos organizan y guían el procesamiento de la información acerca del self contenida en las experiencias sociales del individuo, éste tiene las siguientes características:

- Son generalizaciones cognitivas relativamente estables que filtran la información.
- Proceso interpretativo que afecta todas las operaciones cognitivas.
- Definen el sentido de identidad
- Ostenta un peso fundamental en la personalidad y los procesos interpersonales.
- Se encuentran en los niveles jerárquicos más supraordenados del sistema cognitivo global, los cuales definen la identidad de la persona.
- Son constructos centrales del self, que gobiernan el proceso de dar sentido a los acontecimientos.
- Este sistema de constructos tiene como fin dar significado a las manifestaciones humanas, por lo que desde esta perspectiva, las emociones, conductas, imágenes, pensamientos, sueños, etc de una persona forman parte integrante del significado que se da a sí mismo y al mundo (Kelly, 1955, citado en Feixas y Miro, 1993).

• **Operaciones cognitivas:** se conciben como procesos en los que los diferentes componentes del sistema cognitivo operan de forma interactiva para procesar la información; una forma particular de estas operaciones es el llamado procesamiento automático, lo cual quiere denotar que el procesamiento no se da de forma deliberada, es decir que el sujeto/a no elige necesariamente atender a cierta información y pasar por alto otra, por lo cual el procesamiento automático interviene en la formación y mantenimiento de una variedad de problemas psicológicos.

• **Proceso de construcción:** Tal proceso ve la experiencia como un proceso de construcción y revisión del significado, donde la hipótesis que ha construido el sujeto/a acerca de sí mismo se ve validada o invalidada, por lo que la conducta se considera un encuentro con los acontecimientos en el que ponen a prueba los significadores personales. Este proceso implicará emociones de muy diverso tipo, si la acción da lugar a la validación o la invalidación.

• **Modelos basados en el razonamiento y solución de problemas:** Surgen a partir de los años setenta y relacionan la afectividad de la persona para enfrentarse al mundo con la habilidad para el uso adecuado del razonamiento y las estrategias de resolución de problemas. Este enfoque no concibe los problemas desde un punto de vista patológico sino como situaciones vitales que requieren una solución para lograr un funcionamiento efectivo, pero en el que la persona no cuenta con una respuesta inmediata disponible (D'Zurilla y Goldfried, 1971, citado en Feixas, 1993).

• **Modelos basados en las teorías evolucionistas y motrices de la mente:** El referente conceptual psicológico de estos modelos son las teorías motrices de la mente, esta perspectiva ve los organismos como sistemas de conocimientos que son, a la vez, creadores y productos de su ambiente. Son creadores en el sentido de que perciben y actúan imponiendo activamente reglas tácticas abstractas (p.ej., esquemas conceptuales) sobre la información no psicológica presente en el ambiente.

Recursos técnicos:

En términos generales, las psicoterapias cognitivas son procedimientos activos, directivos, estructurados y de breve duración. Proponen una colaboración abierta con el/la cliente para afrontar su problema, planteando un modelo explicativo simple sugiriendo estrategias específicas para su solución. El objetivo se centra en el cambio de las estructuras cognitivas que dificultan el buen funcionamiento psicológico del sujeto/a.

Utiliza de modo fundamental el método socrático en donde el/la terapeuta utiliza la pregunta como una guía y evita las sugerencias y explicaciones directas. Las preguntas se utilizan con frecuencia para ayudar al individuo/a a modificar el pensamiento inadecuado (Knefl, 1997).

Aunque existan diversos modelos cognitivos, la mayoría de ellos utilizan procedimientos originados en los otros enfoques además de los suyos propios. Se ubica, de esta forma, frente a un patrimonio técnico intercambiable, no siendo así para la racionalidad de tal aplicación, la cual se sigue de la conceptualización teórica específica de cada modelo.

Desarrollos actuales:

En la actualidad existen diversos tipos de terapia cognitiva y, en consecuencia, se plantea el problema de en función de qué criterio se pueden clasificar, al respecto Mahoney y Gabriel (1987, citado en Feixas y Miro, 1993) las clasifican entre terapias cognitivas racionalistas y constructivistas, proporcionando así un panorama actual de las terapias cognitivas:

Terapias cognitivo-racionalista: Estas parten de la supremacía causal de lo cognitivo sobre lo emocional y lo conductual. Tales enfoques dan por supuesto que existe una realidad independiente representada en el cerebro, siendo éste un órgano cuya función primordial es registrar y retener "copias" precisas de la realidad externa.

Terapias constructivistas: Estas no reconocen la primacía de la cognición sobre la acción y la emoción, a la vez que desafían la posibilidades de adquirir un conocimiento verdadero de la realidad. Partiendo de la epistemología constructivista la realidad no se representa al sujeto/a directamente sino a través de un proceso de construcción en el que el sujeto/a tiene gran responsabilidad.

Esta clasificación debe considerarse como una propuesta tentativa de organizar un campo, hoy por hoy bien diverso, en el que abundan contenciones terminológicas y las posiciones encontradas.

3.5. MODELOS SISTÉMICOS

(Hoffman L. 1984; O'Connor 1994)

El objetivo terapéutico principal de estos modelos se centra específicamente en la modificación de patrones de interacción interpersonal y el fortalecimiento del individuo/a como consecuencia de los cambios logrados dentro de su entorno (sistema).

Representantes: N. Ackerman, (1937); S. Minuchi(1962); V. Satir (1964); Escuela de Milán(1968); M. Erikson (1973); Whitaker (1975).

Fundamentos:

- Desarrollo unido a la evolución de la terapia familiar.
- Oposición al reduccionismo y el énfasis en las propiedades suprasistémicas (el todo es más que la suma de las partes) que resultan de la interacción de los elementos de un sistema
- Gran influencia de la teoría del interaccionismo simbólico, la cual considera el rol del ambiente psicosocial actual en la génesis de las neurosis y de las psicosis.
- El inicio de entrevistas conjuntas para el tratamiento de problemas infantiles.
- Teoría del doble vínculo, la cual propone una visión de la comunicación equifuncional como un intento desesperado para adaptarse a un sistema con estilos comunicativos incongruentes.

Conceptos básicos:

- El concepto de sistema, es entendido como un conjunto de elementos dinámicamente estructurados, cuya totalidad genera unas propiedades que, en parte, son independientes de aquellas que poseen sus elementos por separado. Para poder entender el comportamiento de un sistema es necesario tener en cuenta no sólo sus elementos y propiedades, sino también las interacciones entre ellos y las propiedades que resultan de su totalidad.
- La conceptualización de la familia como un sistema abierto que tiene como propiedades el intercambio de información, materia, o energía con su medio externo (suprasistema) y en sus diferentes componentes (subsistemas) mostrando una capacidad de adaptación al medio. De acuerdo a lo anterior, el/la miembro de la familia que presenta el síntoma o problema (paciente identificado) se considera como una expresión de la disfunción familiar sistémica.
- Importancia de conceptos comunicacionales como: 1) es imposible no comunicar en un contexto dado de interacción social, ya que toda conducta es comunicación, es decir, tiene un valor potencial de mensaje; 2) en toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido y aspectos relacionales, entendiendo por estos últimos aquellos que califican o rotulan la información expresada en el contenido del mensaje; 3) la incongruencia entre dos niveles de comunicación da lugar a mensajes paradójicos

Recursos técnicos:

Las/os terapeutas sistémicos han empleado una gran cantidad de técnicas. Además, en este enfoque no se enfatizan las técnicas en sí, sino la estrategia a la cual sirven, y ésta resulta del

estudio minucioso de la situación de la familia. Algunos de los procedimientos más característicos de la psicoterapia sistémica son:

- La reformulación que puede adquirir muchas formas concretas (redefinición, connotación positiva, reestructuración, etc.), pero todas ellas tienen en común el que se trata de cambiar el marco conceptual o emocional en el cual se produce una situación. Se intenta introducir un nuevo contexto en el que los hechos puedan explicarse de un modo alternativo.
- El uso de la resistencia al cambio con propósitos terapéuticos, apuntando hacia el problema de conocer el (posible) valor funcional del síntoma en el contexto de la vida de el(la) paciente.
- La intervención paradójica la cual consiste en que el "experto" prescriba de un modo controlado y específico aquello mismo que constituye un problema. Puede tomar las siguientes formas: 1) petición de cambio lento; 2) prescripción de no cambio; y 3) prescripción de síntoma, es decir instrucción de que se desarrolle el síntoma en unas coordenadas situacionales determinadas.
- La prescripción de tareas que los miembros del sistema deben seguir, éstas pueden utilizarse para a) intentar que los miembros se comporten de un modo diferente, b) intensificar la relación entre el terapeuta y la familia, y 3) obtener información.
- El uso de analogías en el que el terapeuta elige hablar de un problema que tiene una similitud metafórica con el problema presentado por los clientes.
- Cuestionamiento circular en donde el/la terapeuta adopta una forma de preguntar en la que selecciona ciertos fenómenos, los pone en relación unos con otros, los compara y los distingue.

3.6. INTERVENCIÓN EN CRISIS

(Slaikew, K. A. 1988)

Es un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos (estigmas emocionales, daño físico, etc.) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas, más opciones de vida) se incremente.

Representantes: Lindemann; Caplan

Fundamentos:

- El concepto de crisis como un punto "decisivo". Sugiriendo que el cambio puede ser saludable o enfermizo, mejor o peor.
- La idea de que la resolución inadecuada de las crisis en la vida puede conducir a un deterioro psíquico a largo plazo.
- Informe clínico realizado por Lindemann, (1944 citado en Slaikew, 1988,) sobre los síntomas psicológicos de los sobrevivientes de un incendio en el centro nocturno de Coconut Grove, en Boston.
- Teorización sobre los procesos de duelo (una serie de etapas mediante las que, el progreso del doliente equivale a aceptar y resolver una pérdida).
- Énfasis en la importancia de asistentes comunitarios en la ayuda a la gente desolada durante el proceso de duelo.

Conceptos básicos:

Moos (1976, citado en Slaikew, 1988) identifica cuatro influencias teóricas que aportan los conceptos básicos de este enfoque:

1. Se refiere a la teoría de Darwin sobre la evolución y adaptación de los animales a su ambiente. Las ideas de este autor sugieren el desarrollo de la ecología humana, cuya hipótesis característica, es que la comunidad humana tiene un mecanismo adaptativo esencial en los hombres en relación con su medio.

2. La segunda influencia se origina de la teoría psicológica considerando la realización y crecimiento humano completos. Las preguntas básicas conciernen a la motivación y el impulso: ¿que mantiene activa a la gente y con qué fin?. Se enfatiza que la conducta humana es intencional, y está constantemente dirigida hacia logros y propósitos re-estructurales. Este último concepto es un punto esencial de las teorías en las que se contempla la crisis como el momento en que se bloquean los propósitos o se vuelven súbitamente inalcanzables.

3. El enfoque de Erikson (1980) del desarrollo del ciclo de la vida, muestra la tercera influencia teórica para la teoría de la crisis. Desde su punto de vista, cada una de las ocho etapas proveen un nuevo reto, transición o crisis la cual supone fue "peligroso" por así decirlo.

4. Esta proviene de la influencia de los datos empíricos sobre cómo los humanos abordan el estrés extremo de la vida. Estudios en este campo incluyen los traumas en campos de concentración, desastres, etc.

Recursos técnicos:

La intervención en crisis puede clasificarse en dos fases: 1) intervención de primer orden, la cual tiene el propósito de lograr el restablecimiento en el nivel de funcionamiento que existía inmediatamente antes del suceso de crisis, y 2) la intervención de segundo orden en la cual se busca la resolución de la crisis y se enfoca en seguida sobre la ayuda al paciente en aprender de la crisis, resultando, potencialmente, un nivel más alto de funcionamiento que antes de la crisis. Para el logro de estos objetivos los recursos técnicos pueden ser:

- Determinar las variables ambientales que precipitaron la crisis, apoyado en el hecho de que cada una de estas ocurre en contextos como la familia, el trabajo, en la comunidad, los cuales mantienen en la persona la desorganización y el sufrimiento y las variables que se pueden movilizar para facilitar el cambio constructivo en la situación.
- Los/as terapeutas se convierten en participantes activos para tener acceso a la dificultad, las necesidades inmediatas precisas y movilización de los recursos de ayuda del suprasistema (familia, comunidad) con el objeto de trabajar hacia la resolución de la crisis del paciente.
- Los/as terapeutas deben comunicar empatía, demostrar comprensión del problema y resumirlo, examinar recursos disponibles y ayudar a desarrollar un plan de acción.
- Pasewayk y Albers (1972 citado en Stalkeu, 1988) mencionan que la intervención en crisis involucra tres áreas generales: (1) establecer o facilitar la comunicación, (2) ayudar al individuo o familia a que perciban correctamente la situación (con un enfoque sobre sucesos concretos, sus significados y posibles resultados), (3) ayudarlos en el manejo de sentimientos y emociones de manera franca.
- Viney (1976 citado en Stalkeu, 1988) menciona que la ayuda a los pacientes debe: conseguir la homeostasis pérdida por la crisis; el logro del dominio cognoscitivo sobre la crisis; y hacer cambios conductuales.

4. PSICOTERAPIA EN NIÑOS/AS

Debido a las diferencias tan importantes que hay entre la niña/o y el adulto/a, algunas técnicas psicoterapéuticas que se han diseñado para adultos/as no se han podido aplicar plenamente en

las niñas/os, esto se debe a factores tales como: 1) la personalidad de la niña/o no ha llegado, en su desarrollo, a un nivel de madurez. En la terapia con niñas/os, por lo tanto, se está tratando con personalidades que difieren notablemente de las personalidades de los adultos/as; 2) la dependencia relativa de la niña/o con respecto a sus padres o figuras parentales en el hogar ya que por la naturaleza misma de su dependencia de los adultos para la satisfacción de sus necesidades, casi no puede hacer nada para modificar la condición actual de su vida; 3) si las figuras parentales juegan un papel importante en la vida de la niña/o, entonces hay que procurar alterar o influir en el impacto que ejercen en la niña/o. De otra manera, la niña/o seguirá expuesta/o a aquellos factores que por hipótesis son la causa de sus dificultades de personalidad.

Aunado a lo anterior el desarrollo verbal e intelectual de la niña/o no ha alcanzado el nivel del adulto. Por lo tanto, el enfoque exclusivamente verbal de las formas tradicionales de terapia con adultos, con interpretaciones y análisis simbólicos, no puede aplicarse a niñas/os. Por el contrario, la niña/o suele ser más activa/o físicamente, y tiende a expresarse a sí misma/o, por medio del juego. También suele entregarse más libremente a actividades imaginarias, y los componentes inconscientes o mentalmente reprimidos de su personalidad suelen estar más próximos a la superficie. Como consecuencia de esto, se puede acceder a estos componentes más fácilmente a través de sus actividades imaginarias y de juego. Por lo anterior el juego representa uno de los principales recursos de los modelos psicoterapéuticos en niñas/os, aunque cada uno de ellos sostiene objetivos y metodologías específicos adecuándose a los fundamentos teórico conceptuales que sustentan cada modelo. Sin embargo es remarkable que a pesar de todas las diferencias, los terapeutas de juego reconocen al juego como el único medio para el trabajo con niñas/os y la importancia de entender el simbolismo en el lenguaje de juego de las niñas/os. La operación supone "que el pensamiento del juego de la niña/o revelará magnífica información con respecto a problemas emocionales" (Johnson, Rasbury y Siegel, 1986 citado en Feixas 1993).

En términos generales podemos definir a la terapia de juego como: un método psicoterapéutico basado en la psicodinamia y desarrollo mental principalmente entendido para ayudar a aliviar el daño emocional de niñas/os y adolescentes, a través de una variedad de juego imaginativo y expresivo, de materiales semejantes a: títeres, muñecos, arcilla, juegos de mesa, materiales artísticos y objetos en miniatura. "La suposición es que los niños expresarán y trabajarán cualquier conflicto emocional dentro de la metáfora del juego" (Reid, 1986, citado en Feixas, 1993).

El/la terapeuta de juego no sólo ayuda a traer alivio sobre los síntomas clínicos, sino que además trabaja hacia la eliminación de impedimentos para el continuo desarrollo de la niña/o, de tal manera que las perspectivas de la niña/o para su futuro crecimiento integral aumentarán (Enzier, 1988, citado en Boyd, 1991).

La última parte de este capítulo describirá algunos de los principales modelos en terapia de juego, sus objetivos, la función que el juego cumple en cada uno de ellos, las etapas de tratamiento que siguen, así como algunos de sus recursos técnicos. (Anexo 1)

5. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN EL ABUSO SEXUAL

El tratamiento inmediato puede prevenir la manifestación de algún patrón de comportamiento destructivo y disfuncional y redirigir la experiencia traumática, hacia alternativas de manejo menos destructivas y más funcionales, la mayoría de las víctimas pueden ser ayudadas de tal manera que puedan vivir vidas felices y productivas, a pesar de las heridas emocionales (Sgroi, 1982).

Para los casos de abuso sexual dentro del ámbito familiar es especialmente importante que la intervención terapéutica individual de la niña/o se combina con la intervención terapéutica en la familia, desafortunadamente esto no siempre es posible ya que requiere que los padres de la víctima asuman la responsabilidad y acepten acciones de cambio en el entorno familiar, a lo cual no siempre están dispuestos, sin embargo, a pesar de que los resultados terapéuticos son menos positivos sin la inclusión de la familia en el tratamiento, la cruda realidad es que los terapeutas deben escoger a menudo enfocarse solamente a la niña/o o no tratarlo, a pesar de que esto no es un acercamiento óptimo, se puede lograr mucho, trabajando con la niña/o de manera individual (Sgroi, 1982).

Cuando una niña/o es abusado por alguien fuera de la familia, las necesidades de tratamiento (más allá de la examinación médica) son frecuentemente omitidas o minimizadas por parte de los familiares o del sistema salud. El abuso fuera de la familia tiende a ocupar un nivel de prioridad bajo, sin embargo las niñas/os víctimas de abuso sexual pueden necesitar igualmente el tratamiento ya que a menudo son traumatizados emocionalmente de manera severa.

Bajo este contexto se puede afirmar que las víctimas de cualquier abuso necesitan cierto nivel de intervención terapéutica, independientemente de la identidad del perpetrador. Así mismo se observa que la resistencia a la terapia en casos de abuso intrafamiliar y fuera de ésta, requieren

tanta energía y esfuerzo para comprometer a las familias y personal de salud para con estas niñas y niños.

5.1. TERAPIA DE JUEGO CON NIÑAS/OS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL O INCESTO

Dentro del tratamiento individual de las niñas/os, la terapia de juego se considera el tratamiento de elección para niñas/os maltratados o víctimas de abuso sexual o incesto, ya que dentro de ésta, a la niña/o le permite integrar y sanar de la violencia sexual que sufrió por medio de imágenes metafóricas en los materiales de juego. Exteriorizar la victimización sobre los materiales de juego permite a la niña/o distancia segura para trabajar sin que se presente una nueva traumatización (Millis y Allan, 1992, citado en Marvasti, 1997).

Este autor menciona que las niñas/os víctimas de abuso sexual e incesto pueden canalizarse a un/una terapeuta bajo diversas circunstancias: 1) que los incidentes de abuso sexual se hallan confirmado, y la niña/o requiera la terapia debido al efecto negativo de la agresión, 2) la niña/o reveló de manera parcial el tema del abuso y se canaliza a la niña/o para una evaluación forense y la confirmación del abuso, y 3) la niña/o tiene malestares afectivos que hacen sospechar la existencia de un abuso, una niña en este caso puede revelar el abuso dentro de la terapia de juego. De acuerdo a lo anterior, la terapia en abuso sexual puede tener los siguientes objetivos: 1) para confirmar un abuso sexual, 2) para obtener la información necesaria para un proceso legal (forense) con el propósito de ratificar el abuso para un proceso legal, y 3) para la aliviar las consecuencias físicas y psicológicas que el abuso sexual tiene a corto y largo plazo (Sgroi, 1982; Marvasti, 1997). La terapia de juego se utilizará de las siguientes maneras.

5.1.1. Terapia de juego de diagnóstico

En este el profesional clínico alienta a la niña/o a interactuar con muñecos, juguetes y otros materiales de juego. Durante la sesión quién realiza el diagnóstico se muestra activo y participativo, proporciona apoyo y permanece cordial, es un observador del juego de la niña/o y participa en el mismo, sin provocar contaminación, éste puede deducir los sentimientos de la niña/o y de su trauma de la siguiente manera:

1. El juego de diagnóstico puede proporcionar conocimiento acerca de la percepción de la niña/o respecto a sí misma y a su función dentro de la familia.
2. En el diagnóstico de juego, la percepción de la niña respecto a los demás, en especial los miembros significativos de la familia, se proyecta hacia el juego.
3. En el diagnóstico de juego, puede estar presente la compulsión de la niña/o por repetir el trauma de manera simbólica.
4. Durante el diagnóstico del juego, pueden observarse los conflictos de la niña/o y sus mecanismos de enfrentamiento y de defensa del yo.
5. La niña/o puede exhibir su percepción acerca del mundo y con respecto a la vida.

6. Puede revelarse la dinámica familiar.

7. Los sentimientos y actitudes que la niña/o dirige hacia el terapeuta pueden tener la calidad de la transferencia y revelar la experiencia de la misma con los miembros significativos de su familia.

5.1.2. Terapia de juego forense

Dentro de esta modalidad, el juego se utiliza como un medio para disminuir la ansiedad de la niña/o y desarrollar una relación. Con la utilización de esta técnica, el material de juego puede no necesitar tener un significado metafórico y la evaluación se basa, por lo general, en la entrevista verbal antes que el análisis del significado simbólico del juego de la niña/o.

Por lo general, las/os profesionales respectivos identifican la siguiente información como factores importantes para extraerlos de la niña/o durante una entrevista de tipo forense (Sgroi, 1982).

1. Una descripción de la conducta de abuso.

2. Información con respecto a la naturaleza del acto de abuso: ¿existió algún elemento de fuerza o amenaza? ¿hubo alguna penetración implicada? La niña/o puede presentar esta información de manera verbal o por medio de una demostración con muñecos anatómicamente correctos.

3. La percepción de la niña/o acerca de su reacción con respecto al acto de abuso. ¿La agresión tuvo lugar en un ambiente de coacción o fue doloroso y traumatizante?

4. El factor precipitante o la motivación para revelar el abuso en este momento. ¿Estuvo implicado algún secreto? ¿la niña siente temor por el agresor? ¿existe evidencia de sentimientos de culpabilidad por parte de la niña? ¿a quién reveló en principio el abuso?

5. El factor de si la niña/o se encuentra segura en el momento presente. ¿El individuo al que se alega como victimador todavía vive con ella, o tiene acceso a la misma, ¿manifiesta la niña/o que fue amenazada por el individuo.

5.2. NIVELES DE TRATAMIENTO

Marvasti (1997), sugiere que la psicoterapia con víctimas de abuso sexual o incesto puede llevarse a la práctica en tres categorías o niveles. Cada uno de ellos tiene objetivos terapéuticos especiales. Dichos niveles reflejan un delineamiento arbitrario y con frecuencia, pueden superponerse unos a otros.

5.2.1. Nivel 1

Juego de diagnóstico, desarrollo de la armonía, disminución de la ansiedad ante el extraño, y divertirse junto a la niña, constituyen los objetivos principales de la interacción terapéutica. Durante esta fase de la terapia, la conducta de la niña/o y su estado de ánimo son objeto de evaluación, a la niña/o se le alienta a jugar y a proyectar o desplazar los sentimientos de una manera simbólica sobre el material de juego.

El terapeuta se interesa en extraer de la niña/oi tanta información como sea posible acerca de su dinámica familiar y de su percepción con respecto al trauma .

5.2.2. Nivel 2

Este nivel de la terapia puede comenzar cuando el terapeuta decide remover los mecanismos de defensa del yo de la niña/o. El terapeuta puede utilizar la clarificación, la interpretación, la instrucción y la persuasión. En tanto el terapeuta proporciona procedimientos alternativos para manejar el conflicto y ofrece apoyo a la niña/a, se consumarán de manera gradual algunos de los objetivos terapéuticos. Estos se plantean como sigue:

1. Intensificación de habilidades del yo en el enfrentamiento con el trauma.
2. Establecimiento de una relación terapéutica (alianza de trabajo).
3. Expresión de sentimientos reprimidos.
4. Nuevo trabajo del trauma e integración del mismo.
5. Obtención de sentido y significado a partir de la victimización o trauma .
6. Creación de las experiencias emocionales correctivas.
7. Resolución de fijación del desarrollo psicobiológico.
8. Establecimiento de límites saludables.
9. Creación de un entorno de "ambiente de apoyo"
10. Facilitamiento del duelo por la pérdida de los padres, los amigos o ambos, así como en algunos casos por la pérdida de la virginidad.
11. Impedimento de la transferencia de la victimización a un hermano/a o a la siguiente generación.
12. Intensificación de la autoestima/autoimagen/ autovalía de la niña/o.

5.2.3. Nivel 3

Comienza cuando se ha completado el juego de diagnóstico, se ha encauzado el hallazgo. La niña(o) se halla en la obtención de insight respecto a sus conflictos y se ha percibido un mejoramiento en sus síntomas y sus problemas interpersonales. La niña/o se pone en contacto con sus profundos sentimientos, experimenta de manera verbal los detalles de su trauma, se halla en duelo por sus pérdidas. En este nivel, el terapeuta maneja los signos y síntomas del síndrome de estrés postraumático.

5.3. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO EN AGRESIÓN SEXUAL

Sgroi (1982) menciona que los objetivos del tratamiento se relacionan con la comprensión del impacto significativo de la victimización en las niñas/os. Para esta autora la terapia debe contemplar el tratamiento del impacto negativo de la agresión sexual. Sgroi (1982) y Marvasti (1997), identificaron diez impactos y sugirieron enfoques de tratamiento especiales para cada uno de ellos. En el presente apartado se expondrán las sugerencias que Sgroi (1982) tiene al respecto de estos impactos:

1.- Síndrome de los bienes dañados: Este es consecuencia de una amalgama de reacciones ante las experiencias de daño físico o miedo de daño físico, y la respuesta social que el abuso sexual

pueden tener en una niña/o. Dentro de la intervención terapéutica, se debe incluir una examinación física que permita identificar el daño real que dejó el abuso con el objetivo de confrontar los miedos de la niña/o y sus cuidadores así como proveerles bases reales para la afirmación de la seguridad y recuperación de la niña/o.

2.- Manejo de la culpa: La víctima debe ser ayudada a identificar los sentimientos de culpa y resolverlos, las/los terapeutas pueden y deben insistentemente transferir a la niña/o, miembros de la familia y al perpetrador, que una niña/a nunca pueden ser responsables de iniciar una actividad sexual con un adulto/a o una persona mayor, así mismo que una niña/o no puede ser responsable por rompimientos familiares después de la revelación. El/la terapeuta debe señalar que la niña/o tiene derecho a esperar protección, no abuso del perpetrador (esto en caso de que éste sea una persona conocida), que el perpetrador es responsable por iniciar una actividad sexual y por cualquier consecuencia negativa que pueda resultar para la niña/o, para la familia o para ella/el mismo/a

3.- Manejo de los miedos: El/la terapeuta debe asistir a la víctima para identificar sus miedos, muchos de ellos basados en la realidad de un posible daño físico psicológico o emocional, para ellos mismos y/o para sus seres queridos. Dentro del espacio terapéutico las niñas/as deben tener un ambiente de confianza y seguridad, que les permita expresar sus miedos y ventilar sus sentimientos. Es imprescindible que dentro de las medidas del tratamiento, el hogar de la niña/o, o la situación de vida sea acondicionada lo más segura posible (algo difícil en un abuso intrafamiliar cuando no se tiene un aliado en casa); en este sentido es útil crear nuevas relaciones de confianza para las víctimas así como reforzar relaciones ya existentes.

4.- Depresión: Los/las terapeutas deben anticipar que sus clientes estarán con cierto grado de depresión y deben estar alertas de signos conforme aparezcan. Sentimientos o intentos suicidas deben ser anticipados. Para muchas víctimas la sola ventilación de sentimiento y la sensación de apoyo pueden resolver de manera significativa la depresión, sin embargo víctimas más perturbadas requieren hospitalización y medicación psicotrópica para su propia seguridad.

5.- Baja autoestima y habilidades sociales pobres: La terapia individual se usa inicialmente para identificar y expresar los sentimientos negativos sobre sí misma/o; y la terapia de grupo es probablemente el tratamiento más efectivo para el manejo de habilidades sociales.

6.- Ira reprimida y hostilidad: Las víctimas deben ser ayudadas a ponerse en contacto con su rabia y a encontrar formas de expresión de ésta de una forma saludable y no destructiva.

7. Inhabilidad para confiar: Se relaciona directamente con la baja autoestima de la víctima y las pasadas experiencias de traición de confianza. Los terapeutas deben reconocer que el proceso de recuperación será lento y se correlacionará con el grado de aumento de la autoestima de la víctima.

8.- Límites de rol confusos y confusión de rol: El tratamiento psicoterapéutico debe ayudar a resolver la confusión de rol que el abuso sexual genera en las niñas/os. Es especialmente importante que al menos un miembro de la familia confirme la tarea del terapeuta de darle apropiados límites de rol de niña/o. El tratamiento debe incluir juegos de rol y un modelo de rol apropiado para la edad y etapa del desarrollo en la que la niña/o se encuentra.

9.- Pseudomadurez y Falla para Completar Tareas de Desarrollo: Este punto es de vital importancia en el tratamiento de niñas y niños víctimas de abuso sexual ya que la debe ser reencausado en el proceso de maduración física y psicológica correspondiente a su edad, en este punto la familia juega un papel clave ya que sólo ésta puede otorgarle nuevamente el derecho a

comportarse como niña/o, dentro del proceso terapéutico ayudan mucho las técnicas de intercambio de roles o de modelos de roles.

10.- Autodominio y Control: Éstos implican logros, conducta responsable hacia uno mismo y otros, desarrollo de independencia de la familia de origen, libertad para escoger las propias opciones. Conseguir este nivel de autodominio y control es virtualmente imposible en la atmósfera represiva que caracteriza a la mayoría de los hogares incestuosos. Si no hay una participación de la familia en el tratamiento es mucho más difícil o imposible para las víctimas conseguir esas metas viviendo en ese hogar.

El modelo de rol, y el juego de rol, apoyo de grupo de iguales y presión de iguales, son modalidades de tratamiento. Las víctimas deben tener oportunidad de probar su capacidad de autodominio y control sin miedo a cometer errores. Decisiones efectivas y buen juicio son conseguidos a través de la práctica, cuando los individuos tienen oportunidades apropiadas para ser responsables por sus acciones sin miedo a represalias.

Capítulo 5

De acuerdo a lo expuesto en los capítulos anteriores el presente capítulo se destinará a presentar la propuesta de un modelo psicoterapéutico para menores víctimas de abuso sexual, el cual surge a partir de la necesidad de sistematizar, afinar y enriquecer, el tratamiento psicoterapéutico que reciben niñas y niños que sufren este tipo de violencia. Lo anterior requirió una profunda investigación documental sobre aquellos elementos teóricos que ahora lo respaldan e integran, elementos retomados del psicoanálisis, humanismo y de la teoría de la crisis; además de retomar la experiencia clínica personal en la atención de niñas/os y de la formación y asesoría que he recibido dentro del Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (P.A.I.V.S.A.S) de la Facultad de Psicología de la UNAM.

1. INTERVENCIÓN Y PERSPECTIVA

Para hablar del problema del abuso sexual e incesto es imprescindible ubicar la perspectiva de la cual se parte, ya que es a partir de ésta que se instrumentan las acciones que derivan en el enfrentamiento de este problema en las áreas de investigación y tratamiento.

El abuso sexual como otros muchos problemas ha sido descrito bajo diferentes perspectivas, las cuales han desarrollado un marco de conocimientos propio, que si bien en algunos puntos converge, en otros muchos, genera controversias en la manera de abordar y enfrentar el problema.

1.1 PERSPECTIVA SEXUAL

Debido a que el abuso sexual involucra conductas que en un análisis superficial pueden calificarse como "eróticas", hacia las niñas/os, la situación se enfocó bajo la clasificación de una "parafilia" denominada pedofilia, es decir, una conducta donde la preferencia de relacionarse sexualmente se orienta hacia las niñas/os, ubicando su origen en la desviación del deseo sexual adulto hacia éstas/os. Sin embargo, Burgess y Holstromm (1974), Sgroi (1982), Burgess (1985), Finkelhor (1980 y 1984), Funk (1997) entre otros, han documentado extensamente que la conducta sexual con niñas se encuentra ligada al servicio de necesidades no sexuales, enfocándose directamente a sentimientos basados en el poder, dominio y control.

1.2 PERSPECTIVA SISTÉMICA

Esta perspectiva ha centrado su atención en el abuso sexual cometido por padres y otros parientes (incesto), el cual toma en cuenta que éste es producto de una patología familiar, en donde las familias contribuyen de alguna forma a la patología que origina el incesto. Dentro de

esta perspectiva es frecuente ubicar a la madre como un factor determinante para la ocurrencia del incesto señalándola como incapaz, hostil y/o indiferente.

Con respecto a lo anterior cabe mencionar que el abuso sexual incestuoso de niñas y niños de acuerdo a autores como Corsi (1995), Saucedo(1994), Pimentel (1997), es una expresión más de toda una dinámica violenta, que dentro de una concepción patriarcal garantiza el control de los "fuertes" (jefe de familia) sobre los "débiles"(esposa hijos/as y ancianos), en un espacio donde transcurre la cotidianidad de la vida de múltiples sujetos relacionados entre sí por lazos de parentesco y/o afectivos.

En dicha dinámica influyen una serie de factores psicosociales y culturales. En el caso de la mujeres, la inhabilidad aprendida, el círculo de la violencia (Walker, 1979), el aislamiento, la falta de apoyo, las expectativas sociales de la familia y la femineidad etc.; en el caso de las/los menores, el abuso y la violencia como formas aceptables de educar, su dependencia afectiva económica y social hacia los adultos/as, el lugar subordinado que ocupan niñas y niños en la sociedad y por ende la poca importancia que se le da a sus necesidades y deseos, así como la poca credibilidad que se les otorga.

1.3 PERSPECTIVA DE GÉNERO

El abuso sexual dentro de esta perspectiva tiene su origen en el inferior status que las mujeres, niños y niñas tienen con respecto a los hombres dentro de una cultura patriarcal. Concibe que el determinante principal de el abuso sexual y otras formas de maltrato es una estructura social que fomenta la inequidad entre los géneros, asignando características de comportamiento estereotipadas, diferenciadas e inequitativas entre éstos y en donde la sexualidad se encuentra al servicio del poder. González (1997) menciona que dentro de la concepción patriarcal, la autoridad es una forma específica de dominación masculina, en la cual el patriarca tiene poder absoluto sobre esposa e hijas/os y estas/os son dependientes del padre como institución. Este dominio y control confiere fuerza, y cuando los adultos/as (generalmente varones) consideran a los niños y niñas como su propiedad, las formas de abuso hacia éstas/os pueden ser muchas (entre ellas la sexual).

En el abuso sexual, tema que nos ocupa hoy, la sexualidad es el medio por el cual se violenta degrada y deshumaniza a las niñas/os, para convertirlos en objetos sin capacidades de libre elección sobre su cuerpo y el ejercicio de su sexualidad, las niñas/os que lo viven experimentan

rompimiento de la seguridad, la confianza, el autoconcepto y la esencial libertad de un ser humano

2. TRATAMIENTO

Para poder hablar de algún tratamiento a víctimas de abuso sexual e incesto es necesario reconocer, que si bien, este problema se ha presentado a lo largo de la historia es sólo a partir de los años setenta, con el movimiento feminista que empieza a tomar fuerza como un problema social, encontrándonos entonces, con que históricamente se le puede considerar aún muy reciente y con grandes lagunas en cuanto a incidencia, concepción, metodología y técnicas.

Esto hace, que profesionalmente aún nos encontremos con un problema que requiere de un intenso análisis sistemático y de producción teórica y metodológica que deriven en formas de intervención que beneficien a las afectadas/os por este tipo de violencia.

Sgroi (1984) menciona que un acercamiento óptimo para la atención del abuso sexual requiere la incorporación de la familia entera, ya que desde su punto de vista, es necesario visibilizar las necesidades y traumas de los padres y hermanas/os de la niña/o abusada/o, con el fin de implementar un plan de tratamiento que enliste las necesidades terapéuticas de la niña/o. Sin embargo reconoce que esto no puede ser siempre así y que en un gran número de casos el plan terapéutico debe diseñarse sólo para la niña/o y afirma "cualquier tipo de tratamiento que lleve a la niña/o a ser asertiva/o y segura/o; cuya conducta se vuelva más adecuada a su edad y su nivel de desarrollo "hará olas" y perturbará el status quo en casa; por lo que el tratamiento debe incluir un acercamiento a la respuesta de la familia (la cual en muchos casos puede ser negativa) con respecto a los cambios de la niña/o.

En el caso del modelo que se propone, la atención, se enfoca de manera directa hacia las niñas/os con asesorías hacia los familiares que asisten a la terapia con la niña/o (generalmente la madre). En caso de disfunción familiar; se propone la asistencia de profesionales entrenados en el manejo de terapia familiar, al respecto se recomienda que dichos especialistas manejen la perspectiva de género.

Es muy importante aclarar que el tratamiento de abuso sexual preferentemente debe ser llevado por una mujer terapeuta ya que como se explicó en el capítulo 1, la mayoría del abuso sexual es cometido por hombres, lo cual de entrada puede afectar la relación niña/o y terapeuta. La literatura en este sentido refiere que no es importante el género del terapeuta, siempre y cuando

este tenga un marco teórico conceptual y entrenamiento dentro del tema de violencia y específicamente dentro de la violencia sexual. Sin embargo el modelo hasta la fecha solo ha sido instrumentado por terapeutas mujeres.

Expuesto lo anterior el modelo plantea los siguientes niveles de intervención psicoterapéutica. Sin embargo antes de pasar a la descripción de éstos es importante aclarar que estos niveles tienen un delineamiento arbitrario y con frecuencia pueden traslaparse (Anexo 2, cuadro 1)

3. NIVEL 1: EVALUACIÓN

Los casos de abuso sexual o incesto pueden ser referidos a un servicio terapéutico bajo las siguientes circunstancias:

1. Los incidentes de abuso sexual o incesto se han confirmado y las niñas/os necesitan ayuda debido al impacto que el evento causó.
2. La niña/o reveló parcialmente el abuso y se canaliza para una evaluación y confirmación de éste.
3. La niña/o tiene malestares afectivos y/o conductuales que hacen sospechar la existencia de un abuso (en este caso es posible que la revelación del abuso se dé dentro del espacio terapéutico) (Anexo 2, cuadro 2)

3.1 FASE: EXPLORACIÓN INSTRUMENTAL

En el nivel de exploración instrumental la terapeuta debe tomar en cuenta que una persona o un niño/o siempre tiene una conducta adecuada. "Dada su estructura personal las perturbaciones que provienen del medio o de sí misma/o desencadenan una conducta que siempre se adapta al medio en el que se desenvuelve mientras el ser continúa viva/o. La conducta psicopatológica de una persona es siempre correcta y ajustada a su estructura personal. El que esa conducta sea negativa para la persona o para los que le tratan es siempre una cuestión de valoración por parte de un observador. Con frecuencia, sin embargo, se juzga una conducta como objetivamente incorrecta sin tener en cuenta que esa es, únicamente, la visión de un observador (aunque el observador sea una/o misma/o). Esto no significa que no sea anormal y que no cause mucho daño. Significa que hay que aproximarse al fenómeno de la psicopatología con actitudes y técnicas que entiendan la posición de esa conducta en la estructura del sujeto/a. Las preguntas fundamentales a hacerse son: ¿cómo está siendo la adaptación de esa persona con su mundo de relaciones (internas y externas a sí) que hace que los síntomas de los que se queja sean posibles y

coherentes? Si todo sujeto/a sabe vivir, ¿cuales son las condiciones para vivir de otra manera?" (Manrique, 1994)

De acuerdo a lo anterior y tomando en cuenta lo referido en el capítulo 2, la evaluación se realiza mediante dos fases de exploración: una instrumental y otra observacional.

Dentro del Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual la evaluación instrumental se hace a través del llenado de dos instrumentos, los cuales fueron diseñados por la Dra. Ruth González Serratos (fundadora del P.A.I.V.S.A.S), donde se exploran todo aquellas aspectos que conformen la historia clínica y un segundo en el cual se evalúan los signos y síntomas que hacen sospechar o son consecuencia del abuso. (Anexo 2, cuadro, 1,1,1).

3.1.1 FUNCIÓN DE LA TERAPEUTA

En este primer nivel de la entrevista instrumental es muy importante que la terapeuta mantenga una actitud empática y cordial, evitando en todo momento emitir frases que intenten interpretar las circunstancias del problema o hacer preguntas valorativas o incriminatorias hacia las niñas/os o sus cuidadoras/es, así mismo evaluar los niveles de ansiedad en el que las niñas/os se encuentren a la hora de la entrevista; tomando en cuenta que en este primer nivel su principal labor es explorar todos aquellos elementos que están determinando la problemática de la niña o niño, ya que sólo de la exploración exhaustiva se elaborarán las líneas de acción que le permitan intervenir, en muchos de los casos las niñas/os no saben el motivo por el cual asisten a la terapia lo cual debe ser tomado en cuenta y controlado a la hora de la exploración instrumental siendo en muchos casos conveniente no hablar sobre el motivo de manera inmediata con las niñas/os. De aquí que muchas veces será necesario tomar algunos o la mayoría de los datos de la persona que acompañe a las niñas/os (generalmente la madre), un factor determinante en este sentido es la edad de la/el menor y la etapa del desarrollo en la que se encuentre.

Otra de las funciones básicas del terapeuta es orientar a los padres y a la niña/o con respecto a algunos de los pasos que se seguirán con respecto a el tratamiento como pueden ser la canalización a atención médica o legal .

3.2 FASE DE RAPPORT (Anexo 2, cuadro 1.2)

Quizá uno de los aspectos más delicados y difíciles en todo proceso terapéutico es el de los primeros contactos. Al contacto inicial la niña/o que es traído a psicoterapia y la terapeuta llegan con una evaluación histórica personal que supone narraciones de sí muy diferentes. La primera tarea entre el terapeuta y la niña/o es lograr un acoplamiento mutuo. Por lo que es

fundamental que antes de empezar una actividad que pueda llamarse terapéutica porque así lo deciden todos los implicados, es necesario que se de un tiempo de contacto inicial que puede concebirse como formando parte o no de todo el proceso de terapia (Manrique, 1994).

En el caso de la psicoterapia en abuso sexual es importante que en este acoplamiento se trabaje sobre niveles de conocimiento comunicación y confianza entre la terapeuta y la niña/o, dentro de esta fase el objetivo principal es promover una dinámica de confianza, afirmación y conocimiento entre las/os niñas/os y el terapeuta, por lo que la terapeuta en este primer nivel debe mantener una actitud empática y facilitar el conocimiento, la comunicación y la liberación de la angustia y/o ansiedad.

El establecimiento del rapport se debe acompañar de la creación de un lenguaje simbólico común en el que la niña/o ya es competente y emplea con gran comodidad. este acercamiento hace incapié en la comunicación, y valida los dibujos de la niña/o, sus juegos con marionetas y otras representaciones como significativas e importantes para el terapeuta (Staton, 1990)

3.2.1. PRESENTACIÓN Y COMUNICACIÓN

3.2.1.1. OBJETIVOS

1. La niña o niño en el primer encuentro conocerá el nombre de la terapeuta y obtendrá una explicación de quién es ella y porqué esta ahí. Debido a que muchas niñas/os han llegado a la terapia sin conocer el motivo de la misma o bien evaden hablar del tema de la terapia es conveniente explicar de manera muy general que hace una psicóloga y cuales son algunos de los objetivos que se llevarán a lo largo de la terapia.
2. Se obtendrá información de parte de la niña o niño como: su edad, grado escolar, el nombre de su maestra, si tiene mascota y su nombre, el nombre de sus amigos y amigas, si tiene hermanas/os y sus nombres, sus programas, sus pasatiempos y su comida favorita; dicha información tiene como finalidad que la niña/o se sienta en un ambiente más confortable y que le permita sentir, el interés y gusto que la terapeuta tiene de conocerla/o a pesar de su experiencia de abuso (hay que recordar que debido al abuso sexual existe, culpa, problemas de baja autoestima y en muchos casos existe además maltrato de otros tipos por otros adultos/as. Es muy importante que la niña/o no se sienta invadida/o en su intimidad o forzado a responderlas. El que la terapeuta comparta esta información con la niña/o también puede ser de gran ayuda en el desarrollo del rapport. (Manual de Carroll Country, 1990)

3.2.1.2. TÉCNICAS

Cada quién a su ritmo

Objetivos:

- Aprender los nombres
- Romper el hielo
- Promover la expresión de movimientos libres y espontáneos

Desarrollo:

La terapeuta empieza el juego desplazándose con un movimiento típico (ejemplos: saltos de rana, caminar hacia atrás, bailando, de puntitas etc...). Grita su propio nombre al ritmo de su movimiento, hasta llegar al otro lado del salón. Se invita a la niña/o a cruzar el salón, gritando el nombre de la terapeuta, después sigue la niña/o quién gritará su propio nombre desplazándose con otro movimiento rítmico.

1. Saludar de formas diferentes

Objetivos:

- Romper el hielo
- Promover la expresión de movimientos libres y espontáneos
- Promover la creatividad

Desarrollo:

Consiste en saludarse mutuamente de maneras diferentes

2. Lo que más me gusta

Objetivo:

- Generar un ambiente de comodidad
- Promover la apertura al conocimiento mutuo

Desarrollo:

La niña/o recibe una hoja con varias columnas y anota los datos que ahí se le piden. La terapeuta hará lo mismo e intercambiará información con la niña/o.

Nombre	Mascota	Comida	Música	Programa de T.V.	Pasatiempo

Nota: Todas las técnicas de esta sección fueron tomadas de: Limpens (1996) La Zaneheria: Manual de Educación en Derechos Humanos. México, Querétaro: Amnistía Internacional

3.2.2. ANGUSTIA

En este sentido el juego se utilizará como un medio que facilitará la comunicación y la expresión, así como provocar a través de éste, una situación en la que la ansiedad a las condiciones de la terapia pueda manejarse y disminuir, por lo tanto el juego debe tener una función socializadora por excelencia y debe convertirse en un factor integrador y recreativo que permite sentar las bases que estimulen el acoplamiento dentro de la relación terapéutica.

3.2.2.1. TÉCNICAS

Uso de peluche

(Manual de Carroll Country, 1990)

- Promover una liga terapéutica entre la niña/o y la terapeuta
- Instrumento que permita el manejo de la ansiedad
- Dar a la niña/o un regalo por el simple hecho de ser ella misma/o (Afecto gratuito)
- Promoverlo como objeto transicional: término introducido por D.W. Winnicott para designar un objeto material que posee un valor electivo para la niña/o. El recurrir a objetos de este tipo constituye, según el autor, un fenómeno normal que permite a la niña/o efectuar la transición entre la primera relación oral con la madre y la "verdadera relación de objeto".

Lo esencial de las ideas de Winnicott acerca del objeto transicional son tres puntos:

1. En el plano de la descripción clínica, el autor pone de manifiesto un comportamiento frecuentemente observado en la niña/o y lo denomina relación con el objeto transicional. Este "objeto transicional" conserva su valor durante mucho tiempo, antes de perderlo progresivamente; también puede reaparecer más tarde, sobre todo cuando se aproxima una fase de depresión o dentro de un momento crítico.
2. Desde el punto de vista genético, el objeto transicional constituye "una parte casi inseparable de la niña/o, diferenciándose así del futuro juguete, es la primera "posesión de algo que no es yo". Desde el punto de vista libidinal, la actividad sigue siendo de tipo oral, lo que varía es la característica del objeto. En la primera actividad oral (relación con el pecho) existe lo que Winnicott denomina una "creatividad primaria": "Este pecho es constantemente recreado por la niña/o en virtud de su capacidad de amor o, por así decirlo, en virtud de su necesidad (...). La madre sitúa el pecho real en el lugar mismo en el que la niña/o está dispuesto a crearlo y en el momento adecuado". Más tarde funcionará la prueba de realidad. Entre estos dos tiempos se sitúa la relación con el objeto transicional, que se halla a mitad de camino entre lo subjetivo y lo objetivo: "Desde nuestro punto de vista, el objeto viene del exterior: pero la niña/o no lo concibe así. Tampoco viene del interior: no es una alucinación".

3. El objeto transicional si bien constituye un momento de paso hacia la percepción de un objeto netamente diferenciado del sujeto y hacia una "relación de objeto propiamente dicha", no ve, sin embargo, su función totalmente abolida al continuar el desarrollo del individuo. "El objeto transicional y el fenómeno transicional propician, desde un principio a todo ser humano algo que seguirá siendo siempre importante para él, a saber, un campo neutro de experiencias que no será puesto en duda". Pertenecen, según Winnicott, al terreno de la ilusión: "Este campo intermedio de experiencias del cual no necesita justificar la pertenencia a la realidad interior ni a la realidad exterior (y compartida), constituye la parte más importante de la experiencia de la niña/o. Se prolongará, a lo largo de toda la vida, en la experiencia intensa que corresponde a la esfera de las artes, de la religión, de la vida imaginativa y de la creación científica". (Laplanche J., Pontalis J., 1974)

En cuanto a la relación de objeto, el psicoanálisis contemporáneo lo designa como el modo de relación del sujeto con su mundo, relación que es el resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad.

La expresión de "relación de objeto" puede desorientar al lector que no se halla familiarizado con los textos psicoanalíticos. Objeto debe entenderse aquí en el sentido específico que posee en psicoanálisis en expresiones tales como "lección de objeto" y "amor de objeto". Ya es sabido que también una persona es calificada de objeto, en la medida en que hacia ella apuntan las pulsiones, no hay en ello nada peyorativo, nada especial que implique que a la persona en cuestión se le niegue la cualidad de sujeto. La palabra relación debe tomarse en su sentido pleno: se trata, de hecho de una interrelación, es decir no sólo de la forma como el sujeto constituye sus objetos, sino también de la forma en que estos modelan su actividad

3.2.3. CONFIANZA

Si bien los objetivos trabajados hasta este momento fomentan la confianza entre la niña/o y su terapeuta considero de vital importancia trabajar de manera específica este elemento dentro del proceso terapéutico ya que por un lado la confianza es una de las más grandes pérdidas dentro del abuso sexual e incesto, y por otro lado, es un elemento indispensable para un trabajo en común, por ejemplo para una acción que pueda suponer riesgos, o un trabajo que suponga un esfuerzo creativo. La confianza debe ser trabajada en dos sentidos:

1. Crear condiciones que les permitan la construcción de nuevas expectativas con respecto a sí mismas/os y las otras/os, así como el dejarse llevar por cualquier relación interpersonal. Es

decir, crear y fomentar las reacciones, impulsos, miedos o experiencias gratificantes que surgen en la situación del cumplimiento de expectativas y de abandono a la relación bidireccional: yo-terapeuta, yo-yo, yo-otros/as

2. Cambiar los puntos de referencia habituales de nuestra relación con los otros y con el medio. Los canales de información sobre los que se basa la confianza, suelen ser unidireccionales. De ahí que el trabajo se enfoque a provocar cambios temporales espaciales con el objetivo de poner en evidencia dichos canales así como de estimular nuevos (Cascón, 1998)

3.2.3.1. OBJETIVOS

- Promover la confianza en sí mismo/a.
- Promover la confianza en la relación terapeuta paciente.
- Promover la confianza con su red social.

3.2.3.2. TÉCNICAS

El lezarillo

Objetivos:

- Lograr una confianza suficiente para que se pueda dar la colaboración

Desarrollo:

- Silencio durante todo el ejercicio
- El paseo no es una carrera de obstáculos para el ciego, sino una ocasión de experiencias
- Se debe ser imaginativo (p.ej.: ponerle en presencia de sonidos diferentes, dejarle solo un rato, hacerlo reconocer objetos durante el trayecto,....)
- Cada uno debe estar atento a los sentimientos que vive interiormente y a los que vive su pareja, en la medida que los perciba

Control remoto

Objetivo:

- Favorecer la confianza y aprender a orientarse mediante la escucha

Desarrollo:

- Se trata de seguir el sonido de tu nombre con los ojos cerrados

Levantar al compañero

Objetivo:

- Favorecer el control sobre el propio cuerpo y la coordinación de movimientos
- Promover la confianza y cooperación entre la niña/o y la terapeuta

Desarrollo:

Un compañero/a se sienta frente a otro/a, con las plantas de los pies apoyadas en el suelo y las puntas en contacto. Incliniéndose hacia adelante y doblando las rodillas, se agarran las manos y tratan una/o de otra/o para levantarse juntos. Después intentan volver a la posición de sentados.

Nota: Las técnicas fueron extraídas de: Cascón, F. (1998)

3.3 FASE DE EXPLORACIÓN OBSERVACIONAL

(Anexo 2, cuadro 1.3)

En esta fase la función principal de la terapeuta es identificar los aspectos referentes a:

1. Conciencia del motivo de la terapia, la actitud en la asistencia a las sesiones, hacia la terapeuta y hacia el material de trabajo. La terapeuta en esta fase alienta a la niña/o a interactuar con muñecos, juguetes y otros materiales de juego; ésta debe mostrarse participativa y no directiva, proporcionar apoyo y permanecer cordial; ayudando a las niñas/os a explorar las realidades del tiempo de juego, a la terapeuta como persona y así misma/o en relación a la terapia.

En esta fase generalmente se identifican los modos de comunicación preferidos de las niñas/os; la terapeuta debe emplear aquellos "lenguajes" en los que las niñas/os son competentes; imágenes visuales y acciones quinesísticas. En lugar de percibir el pensamiento y comunicación de la niña/o como deficiente en sus primeros años ("desarticulado" "ilógico" o "enmarañado") como siguen haciendo algunas personas que trabajan con niñas/os, el terapeuta puede tratar a la niña/o como si fuera un orador inteligente de otros lenguajes que están todavía aprendiendo a traducir aquellos lenguajes no verbales que ya han dominado en el nuevo auditivo/verbal que todos los adultos parecen preferir y utilizar con tanta fluidez (Staton, 1990).

2. Los referentes a la dinámica familiar como son los límites, las jerarquías, la comunicación, la involucración y las alianzas; en este sentido se alienta a la niña/o a través de la casa de muñecas para que desplace y proyecte sus sentimientos sobre los muñecos o títeres. La terapeuta observa el juego de la niña/o y participa en el mismo sin provocar contaminación; es una seguidora que solicita a la niña/o que le asigne su papel; sin embargo por momentos el papel de la terapeuta se vuelve muy entrometido acerca de los sentimientos del personaje dirigido por la niña/o y desea saber muchas cosas acerca de los sentimientos del personaje y respecto a lo que la inquieta en relación del entorno del ambiente de juego.

En este sentido el juego:

- a) puede proporcionar conocimiento acerca de la percepción de la niña/o respecto a sí misma y a su función dentro de la familia;
- b) la percepción de la niña/o respecto a los demás, en especial los miembros significativos de la familia, se proyecta hacia el material del juego;
- c) puede estar presente la compulsión de la niña/o por repetir el trauma de manera simbólica; la niña/o que ha sido traumatizada/o puede repetir los acontecimientos traumáticos una y otra vez. Freud (1920, citado en Schaefer, 1997) dijo que un juego semejante es, algunas veces, una compulsión a la repetición; sin embargo, también resulta un intento activo por la solución de los problemas, una exteriorización visible de los impulsos que provocan tanto placer como dolor en la búsqueda de una solución. Al estar abrumado por el trauma, la niña/o lo representará de nuevo dentro del juego, con el fin de asimilarlo de manera gradual y dominarlo;
- d) pueden observarse los conflictos de la niña/o y sus mecanismos de enfrentamiento y de defensa del yo;
- e) la niña/o puede exhibir su percepción acerca del mundo y con respecto a su vida;
- f) puede revelarse la dinámica familiar;
- g) los sentimientos y actitudes que la niña/o dirige hacia la terapeuta pueden tener la calidad de la transferencia y revelar la experiencia de la misma/o con los miembros significativos de su familia;
- h) permite descartar cualquier indicación de síntomas psiquiátricos importantes (la terapeuta debe poner mucha atención al diagnóstico diferencial).

4. NIVEL 2: TERAPIA DE JUEGO DE DOMINIO

(Anexo 2, cuadro 2)

La reacción usual del adulto/a ante las niñas/os respecto al trauma, es negar o minimizar el impacto de un acontecimiento que abrumaría a la mayoría de la gente. Muchas veces los intentos de la niña/o por representar o hablar acerca del evento traumático no reciben un estímulo. Algunos adultos hacen esto debido a que creen que mientras menos atención presenten al suceso, más rápido se aminorará el trastorno de la niña/o; otros tratan de evitar el tema para prevenir un trastorno emocional en la niña/o, o debido a que se sienten culpables de no haberla/o protegido; otros más encuentran la rememoración del acontecimiento como algo demasiado doloroso como para que tengan posibilidad de soportarlo. Existe, sin embargo, un consenso en surgimiento entre los terapeutas infantiles en el sentido de que es peligroso dejar sin apoyo a las niñas/os en sus esfuerzos por dominar la experiencia del trauma. Más que proteger a las niñas/os ante los recuerdos dolorosos del trauma, el trabajo terapéutico debe enfocarse en

ayudarlas/os a confrontar los pensamientos y sentimientos respectivos. Este proceso de confrontación es esencial, si se espera que sobrevengan la integración psíquica y el dominio sobre el trauma (Schaefer, 1997). Johnson 1989 (citado en Marvasti, 1997) sugirió que los objetivos importantes en el tratamiento postraumático son: "la re - experimentación, la liberación y la reorganización.

En la ansiedad postraumática la niña/o, evita el procesamiento del trauma. La evitación puede tener lugar en un cierto número de niveles: a) la evitación del conocimiento del suceso (amnesia); b) evitación del sentimiento (obnubilación); c) evitación de la conducta (en las respuestas fóbicas); y d) evitación de cualquier factor relacionado con el acontecimiento. El problema con una defensa de evitación es que no se puede procesar la experiencia traumática, a menos que se le afronte. La niña/o debe desviarse de la evitación pasiva hacia la confrontación activa (Marvasti, 1997)

4.1 ABREACCIÓN

(Anexo2, cuadro 2.1)

El enfoque de la abreacción de Sigmund Freud (1920 citado en Shaefer, 1997) permanece como la estrategia clave en la terapia de juego de dominio. Según Freud, la ansiedad postraumática sólo puede resolverse si el terapeuta tiene la capacidad de hacer que el niño vuelva a experimentar el trauma con una adecuada liberación del efecto respectivo. Se debe hacer frente al acontecimiento doloroso y, asimilarlo con lentitud. Según Stiles (Staton, 1990), la asimilación de experiencias problemáticas sigue una serie predecible de etapas. De manera inicial, el paciente rechaza los pensamientos y sentimientos relacionados con el trauma; después, estos pensamientos no deseados entran en una conciencia difusa, lo cual conduce a la exposición/clarificación del problema, después la comprensión/insight, lo cual, a su vez, contribuye a la aplicación/ trans-elaboración; y por último, los pensamientos se dominan y se integran a un esquema cognoscitivo. Según este modelo de asimilación, las niñas/os necesitan asimilar de manera gradual una experiencia traumática dentro de un esquema (el dibujo, la narrativa etc.), mismo que se desarrolla durante la terapia. El esquema de una niña/o va cambiando dentro de la terapia a fin de adaptar la experiencia traumática, de manera que se la pueda asumir-integrar, explicar e incorporar dentro del sistema de asociaciones mentales.

4.1.2. LIBERACIÓN EMOCIONAL ACTIVA

Esta es necesaria en el trabajo abreactivo ya que no resultará efectiva la nueva representación por medio del juego sin que exista expresión emocional de parte de la niña/o, lo anterior se debe

a que de acuerdo a Pennebaker (1985, citado en Schaefer, 1997) la inhibición de la expresión de sentimientos acerca de los acontecimientos plenos de estrés, con frecuencia conduce a la enfermedad psicósomática y a la angustia subjetiva. Dos posibles razones para este hallazgo son: a) la inhibición real de los propios pensamientos, sentimientos y conductas requiere de un trabajo psicológico, y b) esa inhibición impide que la persona procese por completo el acontecimiento y, a partir de ello, le obstaculiza la comprensión y asimilación del mismo.

CULPA

Dentro del trabajo con niñas/os víctimas de abuso sexual e incesto el trabajo con el sentimiento de culpa es uno de los pilares dentro de esta fase. Marvasti 1997 afirma que este sentimiento se atribuye a la necesidad de las niñas/os por sentirse en control existiendo indicadores de que culparse a sí mismas/os puede tener un valor adaptativo y de que el mismo constituye un fenómeno que puede disminuir el temor ante el desvalimiento, la impotencia y la pasividad en las víctimas traumatizadas.

Al tratar con niñas/os víctimas de abuso sexual es importante que el terapeuta se centre en las dinámicas subyacentes de la necesidad de la niña/o para culparse a sí misma/o como por ejemplo la necesidad de tener control y de sentimientos de inseguridad. Sgroi (1984) menciona que el sentimiento de culpa puede darse en tres niveles: a) *la responsabilidad por la conducta sexual*, b) *la responsabilidad por la revelación*; en este sentido la niña/o puede sentir que ha traicionado al perpetrador (hay que recordar que el perpetrador pide de manera explícita o implícita que la conducta sea guardada en secreto), c) *responsabilidad por el rompimiento* esto debido a que el abuso puede causar profundo rompimiento de lazos afectivos para la víctima, la familia y el perpetrador.

IRA

La ira es una reacción natural ante el abuso. La niña/o probablemente no pudo experimentar, expresar ni desahogar su indignación cuando abusaron de ella. Tal vez ni siquiera sabía que tenía derecho a sentirse enojada. En lugar de sentir rabia contra la persona que abusó de ella hay un bloqueo de su indignación o bien está toma otra dirección, siendo el blanco las propias niñas/os o bien otros miembros de la familia (frecuentemente la madre) (Bass y Davis, 1995). Dentro del trabajo terapéutico promover el reconocimiento de ira, canalizarla hacia las personas responsables, así como encontrar junto con la niña/o formas saludables de expresar la ira, serán algunos de los objetivos de trabajo con este sentimiento.

MIEDO

De acuerdo a Samuels (1980, citado en Cazorla, 1990), el miedo es una reacción adaptativa que está programada biológicamente en el individuo y funciona como un indicador fisiológico y psicológico ante un peligro potencial en diversas situaciones. El miedo, cuando se genera como una forma de supervivencia, es funcional. De no ser así, se torna en una respuesta negativa, irracional, displacentera. Al ser aversiva se encausa a la evasión y al escape. Museen (1971, citado en Cazorla, 1990) dicen que los miedos en la infancia ocurren en función de la experiencia directa de acontecimientos aterradores, o bien son producto de ciertos consejos de los padres en contra de algunos objetos. En caso del abuso sexual la/el menor lo puede asociar a cualquier estímulo y manifestar miedo ante una serie de situaciones, hechos o personas que de intensificarse pueden convertirse en fobia. Por esta razón es importante abordar este problema en cuanto se presente, con el fin de evitar consecuencias serias.

4.1.2.1. OBJETIVOS

- Promover la recreación de las experiencias traumáticas con el fin de asimilarlas; volver a trabajar de manera activa los elementos dramáticos dentro del juego
- Promover la reconstrucción y reinversión de experiencias causantes de estrés, con la finalidad de comprenderlas, asimilar la realidad de las mismas.
- Llevar a la conciencia los recuerdos reprimidos y experimentarlos de nuevo, con una adecuada liberación de sentimiento
- Lograr la complementación de una reacción emocional que con anterioridad se había inhibido o interrumpido
- Separar el yo de la niña/o del abuso sexual mediante la objetivación de aquellas experiencias, recuerdos y sentimientos, que están escondidos y son subjetivos.
- Promover la aceptación real del acontecimiento el cual tiende a experimentarse como irreal. Esto desplaza a la niña/o de un estado de negación hacia el manejo activo del trauma y el dolor que este implica.
- Propiciar en las niñas/os una sensación de poder, dominio en contra de la sensación de vulnerabilidad experimentada frente al trauma

4.1.2.2. FUNCIÓN DE LA TERAPEUTA

La terapeuta debe promover el juego de repetición trabajando en función de dos tipos de juego:

1. *Las combinaciones compensatorias:* las cuales son conductas de juego que distorsionan la realidad para ajustar el deseo de la niña/o y transforman una experiencia emocional

negativa, de manera que sea agradable (Por ejemplo la niña toma las funciones de héroe etc...).

2. *Las combinaciones de liquidación:* las cuales son conductas de juego planeadas para neutralizar y obtener placer de las fuertes emociones que produce el trauma (por ejemplo da puñetazo a un muñeco con el fin de liberar ira) (Piaget, 1962, citado en Schaefer, 1997)

La actitud de la terapeuta en todo momento debe ser de apoyo evitando la interrupción del juego, por lo que debe cuidar en todo momento los niveles de ansiedad a los que la niña/o debe enfrentarse, de tal manera que estos no se hagan insoportables. Por lo tanto la principal responsabilidad de la terapeuta dentro de esta fase es estructurar el juego de tal manera que la liberación de sentimientos reprimidos pueda ser tolerada por las niñas/os; para lograr lo anterior la terapeuta echará mano de los siguientes recursos terapéuticos: "la minimización de las experiencias por medio del uso de objetos de juego pequeños, el control y dominación activos de los acontecimientos que resultan posibles dentro del mismo, y la asimilación paso a paso de un acontecimiento traumático, al representario de manera repetida". (Ekstein, 1966, citado en Schaefer, 1997)

CULPA

En el caso del trabajo con la culpa la terapeuta debe en todo momento transferir a los familiares, a la niña/o y al perpetrador que una niña/o nunca puede ser responsable por iniciar actividad sexual con un adulto/a y que tampoco puede ser responsable por el rompimiento de lazos afectivos después de la revelación. La terapeuta debe señalar que la niña/o tiene derecho a esperar protección, no abuso y que el perpetrador es responsable por iniciar la actividad sexual y cualquier consecuencia negativa que pueda resultar (Sgroi, 1984).

IRA

La terapeuta debe promover la expresión de la ira, visualizar este sentimiento como algo positivo que permite saber que ocurre en el interior, debe trabajar con la niña/o para que esta distinga entre la experiencia del sentimiento de rabia y su expresión, dejando claro a la niña/o que se tiene la libertad de elegir si expresarla o no, debe dejar claro que la libertad de expresar la ira sólo se limita cuando la ira la daña a ella misma/o o a un tercero de ahí que dentro de esta fase un punto clave en el trabajo sea buscar juntas/os alternativas saludables para su expresión (Sgroi, 1982).

MIEDO

La terapeuta debe asistir a las niñas/os para identificar sus miedos, deben expresar sus miedos y ventilar sus sentimientos. El miedo al daño físico, represalias ante el revelamiento y separación

debe ser explorado y abordado directamente; es importante que la terapeuta evalúe y controle alguna situación de peligro real para la niña/o. Así mismo la terapeuta debe trabajar para que la niña/o recupere la confianza en los adultos/as, iniciando con la figura de la/el terapeuta.

4.1.2.3. TÉCNICAS

• *Terapia de liberación "activa"* (Levy y Salomon, 1938, citado en Shaefer, 1997)

Levy (citado en Shaefer, 1997) elaboró esta técnica para ayudar a las niñas/os adaptarse al estrés o al trauma. Dentro de este enfoque estructurado de terapia de juego, el terapeuta utiliza los juguetes y los materiales de juego para crear una situación que abarca muchos de los elementos del trauma reciente que sufrió la niña/o. La presentación de los objetos de juego que son similares a los que intervinieron en el acontecimiento traumático, por lo general, conducen a una réplica y a una nueva representación del trauma para, a partir de ello, evitar horas de juego difusa e improductiva. El terapeuta por lo general es permisivo, pero debe intervenir con algunas interpretaciones sencillas. Este autor afirma que la liberación emocional y una relación terapéutica positiva son elementos básicos que conducen a la resolución del trauma. Salomon (1938 citado en Shaefer, 1997), quien abogó por una función más directiva y activa para el terapeuta de lo que lo hizo Levy (1938, citado en Shaefer, 1997), desarrolló una técnica llamada *terapia de juego activo*. Este autor sostuvo que los terapeutas infantiles tienden a ser demasiado pasivos y esperan demasiado para que sucedan las cosas con las niñas/os traumatizadas. (Salomón, 1938 citado en Shaefer, 1997) defendió tres procedimientos para hacer que las cosas sucedieran:

1. El terapeuta debe ser activo y mantener la conversación en tercera persona para propiciar a la situación un carácter anónimo y reducir así una actitud defensiva
 2. El terapeuta debe representar de manera activa la escena junto con la niña/o para, a partir de ello, ayudar a este último a no sentirse atemorizado, debido a que tiene un socio para ayudarlo a dominar el estrés.
 3. El terapeuta debe dirigir de manera activa el juego de la niña/o para, con ello, ayudarla/o a revelar su vida de fantasía interior
- *Interpretación:* Dicha técnica tiene como objetivos: 1) provocar la conciencia de la niña/o, 2) demostrar patrones de conducta no advertidos, 3) hacer a la niña/o consciente de situaciones representadas en el juego y los afectos y conductas que provoca, 4) Mostrar a la niña/o como se reflejan sus conflictos en relación al abuso sexual, 5) Unir la conducta actual del paciente con sucesos de la experiencia traumática

• Entrevista de juego forense

Dentro de esta modalidad, el juego se utiliza como un medio para disminuir la ansiedad de la niña/o y desarrollar una relación. Con la utilización de esta técnica, el material de juego puede no necesitar tener un significado simbólico o metafórico y la evaluación se basa, por lo general, en la entrevista verbal antes que en el análisis del significado simbólico del juego. Por lo general, los profesionales respectivos identifican la siguiente información como factores importantes para extraerlos de la niña/o (Sigroí, 1982).

- Una descripción de la conducta de abuso
- Información con respecto a la naturaleza del abuso
- La percepción de la niña acerca de, y su reacción con respecto al abuso
- El ejecutor del abuso y los sentimientos de la niña/o con respecto al mismo/a
- El factor precipitante o la motivación para revelar el abuso en este momento
- El factor de si la niña/o se encuentra segura en el momento presente

• Muñecos anatómicamente completos y correctos:

La utilización de estos sirve para facilitar la comunicación e intensificar el recuerdo de la niña/o. Forma de utilizarlos: Con la ayuda de la niña/o el evaluador desvestirá a la muñeca/o (del mismo sexo al que pertenece la niña/o) y completará un "inventario del cuerpo". Esto incluye nombrar las partes y órganos de la muñeca, con inclusión del área genital. El objetivo de esto es comprender la terminología de la niña con respecto a cada una de las partes de su cuerpo y a la zona genital. Después del inventario general del cuerpo, el evaluador puede solicitar a la niña/o que identifique a la muñeca/o como una niña o como un niño, o puede pedirle que le muestre la zona genital.

Durante la terapia de juego, pueden utilizarse la muñecas anatómicas para la educación sexual, el facilitamiento de la comunicación, la intensificación del recuerdo de la niña/o, lo mismo que para una nueva representación del abuso sexual. (Marvasti, 1994)

4.2 REESTRUCTURACIÓN COGNOSCITIVA

4.2.1. INSIGT

(Anexo 2, cuadro 2.2)

Existe un reconocimiento creciente del hecho de que las niñas/os traumatizados no sólo deben liberar las emociones reprimidas acerca del acontecimiento, sino que también deben cambiar sus pensamientos y creencias con respecto al trauma. La reestructuración cognoscitiva requiere del

análisis de los sistemas de creencias e interpretaciones cognitivas erróneas por parte de la niña/o, así como ofrecerle a ésta/o cogniciones alternativas que resulten más adaptativas.

Respecto al acontecimiento traumático, las niñas/os son propensos a desarrollar una confusión y distorsión, las cuales pueden corregirse con un esclarecimiento y una explicación. Las víctimas de abuso sexual, maltrato físico emocional o psicológico tienden a realizar una "formulación" de su experiencia con éste, en un intento por comprenderlo. Con frecuencia, la apreciación cognoscitiva por parte de la niña/o respecto al acontecimiento, es una sobre simplificación o una generalización.

4.2.2. PODER Y CONTROL

(Anexo 2, cuadro 2.3)

Así mismo en un marcado contraste con la sensación de desvalimiento que las niñas/os experimentan durante el abuso sexual, en este nivel será importante conseguir en ellos un fuerte sentido de poder y control. De ahí que sea importante que la niña/o tenga prevalencia sobre los materiales de juego y se le de la oportunidad en varios momentos de determinar qué y cómo quiere jugar durante la sesión de terapia. Al paso del tiempo, esta respuesta de competencia (el poder) ayuda a superar los sentimientos de inseguridad y vulnerabilidad que existen en la niña/o.

4.2.2.1. OBJETIVOS

1. Que las niñas/os, identifiquen y describan, acorde a su edad, los diferentes tipos de maltrato que pueden sufrir niñas y niños lo cual repercutirá a la modificación de pensamientos y creencias erróneas frente al abuso sexual.
2. Que las niñas/os identifiquen las diferentes intenciones que pueden tener las conductas ejercidas por los adultos/as o por ellas/os mismas/os y como se relaciona esto con el abuso y maltrato.
3. Que las niñas/os logren la integración de la experiencia del abuso sexual dentro de un nuevo modelo del mundo, el cual incluye un sentido de realidad con respecto a lo que sucedió
4. Que obtengan una perspectiva más positiva acerca de la manera en que ellos manejaron la experiencia del trauma (el abuso sexual o otros tipos de violencia que estén o hayan sufrido)

5. Promover una mayor sensación de poder y control sobre su medio circundante

4.2.2.2. FUNCIÓN DE LA TERAPEUTA

Dentro de esta fase y a través del juego la terapeuta tiene la oportunidad de corregir la distorsión cognoscitiva: la función principal de la terapeuta dentro de esta fase es la *reformulación*, la cual implica el ofrecimiento a las niñas de una perspectiva diferente para la consideración acerca de su respuesta al abuso sexual. La terapeuta dentro de sus actividades tendrá que:

1. Confrontar y encarar el acontecimiento trastornante. En las sesiones la terapeuta puede presentar a la niña/o objetos en miniatura para jugar, los cuales representan la escena del trauma y pueden motivarla/o a hacer un representación del acontecimiento.
2. La reformulación implica que la terapeuta atribuya cualidades positivas a la niña/o, a su respuesta ante la experiencia vivida o bien a las consecuencias positivas derivadas de ésta. Debe reforzar las conductas de protección que las niñas/os tuvieron frente al abuso recordando que la niña/o siempre hará lo correcto para defender su vida y su salud mental.
3. Describir las definiciones de maltrato, acorde a la edad de las/los menores, auxiliándose de: a) ejemplos de la vida cotidiana; b) material didáctico e ilustrado que permita una comprensión de los conceptos a trabajar.
4. Ayudar a la niña/o a encontrar alternativas de enfrentamiento ante nuevos abusos o bien en el manejo de su entorno.

4.2.2.3. TÉCNICAS

- Muchos estudios apoyan la eficacia de las técnicas de exposición. En la terapia de exposición efectiva la niña/o, de manera inicial, muestra respuestas de ansiedad al estímulo que implica el trauma, y estas reacciones, disminuyen de manera gradual (se habitúan) dentro de una sola sesión y en el transcurso de la repetición de otras más. La mejor forma de exponer a una niña/o a los recuerdos traumáticos es por medio del juego estructurado.
 - Cuentos infantiles tradicionales: Se puede leer el cuento, escuchar una grabación, ver una versión animada; se busca los antivalores que ofrece el cuento (abandono, vergüenza, insultos, golpes etc...), se analiza una posible moraleja de la historia; se reflexiona sobre la educación de valores desde una perspectiva de los derechos de los niños y las niñas.
- Nota: Se sugieren los siguientes cuentos: Cenicienta, Hansel y Gretel, Caperucita, La niña de los fosforos, el patito feo etc...

- Cuentos infantiles que promuevan los derechos humanos.

Nota: Se sugieren los siguientes cuentos: Los niños y las niñas de los cuentos, El niño nuevo, El niño llorón, etc:

Limpina, Murrieta y Gómez (1996). *La zanahoria: manual de educación en derechos humanos para maestros de preescolar y primaria*. Amnistía Internacional

- Material de prevención elaborado por alumnos del seminario de abuso sexual y con modificaciones realizadas por el P.A.I.V.S.A.S, con ilustraciones de: Mimi Niland.
- En Keating, K (1995). *Abrazar: el abrazo en amor y alegría*. México: Javier Vergara
- Utilización de los libros:

- Deseo que los golpes paren. Material didáctico para niñas/os en edad de escuela primaria que viven o han vivido en hogares donde sus madres han sido maltratadas físicamente
- ¡No me toquen! Material didáctico elaborado por la Ed. Fernández Editores

- Se recomienda la utilización de técnicas no verbales como: el dibujo, la arcilla, las marionetas.
- La escenificación de cuentos donde la niña/o y la terapeuta interpreten en roles intercambiables a cada uno de los personajes que entre ellas/os y la terapeuta van creando.

Dichas técnicas serán dirigidas a: 1) recobrar el control simbólico sobre uno mismo y sobre los demás, mediante la transformación de situaciones anteriores vividas con ausencia de poder e incorporando recursos tanto anteriores (psicológicos) como exteriores; 2) para construir una nueva realidad alrededor del nuevo yo más competente y poderoso, permitiendo que funciones retardadas o bloqueadas reanuden su desarrollo.

5. EMPODERAMIENTO

La terapia en abuso sexual e incesto requiere que además de ayudar a las niñas/os a analizar los conflictos emocionales y a ofrecer una solución más adaptativa al trauma, se requiere que las niñas/os desarrollen la fortaleza interna que les permita enfrentar su vida. Dicha fortaleza se construye a partir de una concientización del sí misma/o en todos sus niveles (cognoscitivo, emocional, corporal); el adiestramiento en la toma de decisiones, el establecimiento y respeto de límites, así como de un aumento de la confianza del sí mismo en lo referente a la autodignidad y autoeficacia para enfrentar su mundo circundante así como el fortalecimiento de relaciones afectivas y de apoyo.

El empoderamiento en el caso de las niñas/os, incluye, además, construir una nueva realidad alrededor de un nuevo yo más competente y poderoso; permitiendo que funciones retardadas o bloqueadas reanuden su desarrollo. De lo anterior se desprenden tres grandes faes en el trabajo con las niñas/os: el cuerpo, la autoestima y las relaciones interpersonales.

5.1 LA AUTOESTIMA

(Anexo 2, cuadro 3.1)

La autoestima es una necesidad muy importante para el ser humano y para el desarrollo de los niños y las niñas. Es básica, efectuando una contribución esencial al proceso de la vida y es indispensable para un mejor desarrollo, físico y psicológico, de ahí que en el trabajo terapéutico con las niñas/os es indispensable avivar un sentido de autovalía que les permita alcanzar la experiencia plena de la autoestima. En el presente trabajo entenderemos por autoestima: a la experiencia de ser aptos para la vida y para sus requerimientos. Más concretamente consiste en: 1) Confianza en nuestra capacidad de pensar y de afrontar los desafíos de la vida; 2)

confianza en nuestro derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos. (Braden, 1993)

De acuerdo a este autor la autoestima tiene dos pilares interrelacionados:

- Un sentido de eficacia personal (autoeficacia): significa confianza en el funcionamiento de la propia mente, en la capacidad de pensar, en los procesos por los cuales se juzga, elige, decide; confianza en la capacidad de comprender los hechos de la realidad que entran en la esfera de los propios intereses y necesidades; confianza cognoscitiva en sí mismo. La experiencia de autoeficacia genera el sentido de control sobre la propia vida, la cual se asocia con el bienestar psicológico, la sensación de estar en el centro vital de la propia existencia, a diferencia de ser un espectador pasivo o víctima de los acontecimientos.
- Un sentido de mérito personal (autodignidad): es decir seguridad de valor propio; una actitud afirmativa hacia el derecho de vivir y de ser feliz; comodidad al expresar apropiadamente los propios pensamientos, deseos y necesidades; en consecuencia una percepción del sí mismo como sujetos/os para quienes el logro, el éxito, el respeto, la amistad y el amor son apropiados. La experiencia de autodignidad posibilita un sentido benevolente no neurótico de comunidad con otros individuos, la fraternidad de la independencia y la consideración mutua, a diferencia del aislamiento del resto de los humanos.

En los casos de abuso sexual e incesto la autoestima es seriamente dañada pues el abuso sexual y/o incesto atentan de manera violenta con los pilares de la autoestima: ya que en lo referente a la autoeficacia en la niña/o hay severas alteraciones en la capacidad de pensar, en los procesos por los cuales se juzga, elige y decide. El abuso sexual enfrenta a las niñas/os a una situación traumática que no corresponde a su edad y en la que ella o él no tienen opción a elegir y/o decidir, se encuentra atrapada/o por un ser más poderoso que ella o él, al cual muchas veces no pueden juzgar porque existen lazos de afecto y confianza, lo cual crea una distorsión de su propia realidad pues alguien quien le debe proporcionar amor afecto cuidado, atenta contra su cuerpo y su intimidad.

En cuanto al sentido de autodignidad, el miedo al daño físico, la culpa por "participar" en el abuso y en algunos casos la respuesta social de culpabilización, hacen que la niña/o se perciba como indigno y no merecedor; como niña/o "mala/o". Otro factor que contribuye a la baja autoestima es lo que Sgroi (1984) a denominado "Síndrome de los bienes dañados" (ver capítulo 3 pag. 127)

5.1.1. OBJETIVOS

Los objetivos dentro del trabajo en la autoestima son:

- Ayudar a la niña/o a representar y objetivizar su autoimagen.
- Explorar las fantasías que tiene con respecto al daño sufrido
- Promover a través del juego la representación tanto de los pensamientos como de los sentimientos negativos y positivos sobre el yo (es frecuente que ante el abuso las niñas/os se percibían como totalmente "malos" y/o totalmente "buenos"); y como se percibe con respecto a otras/os.
- Ayudar a la niña/o en la adquisición de herramientas que le permitan intensificar su sentido de autoeficacia para enfrentar su entorno
- Promover en la niña/o un sentido de autodominio y control, lo cual implica: logros, conducta responsable hacia una misma/o y otros, desarrollo de independencia y libertad para escoger las propias opciones (cabe aclarar que esto es virtualmente imposible en una atmósfera familiar de violencia y represión. La participación de la familia es fundamental)
- Promover en las niñas/os el concepto de dignidad y de valor centrados en el sí misma/o y no alrededor del abuso sexual sufrido

5.1.2. FUNCIÓN DE LA TERAPEUTA

La terapeuta debe estar atenta y explorar lo que piensa y siente la niña/o con respecto a su imagen y a su autovalía, así como de las cosas positivas y negativas que piense con respecto de sí misma/o, es indispensable disipar todas aquellas dudas en lo referente a las consecuencias que el abuso sexual puede tener en su cuerpo (sobre todo si éste implicó daño físico), esto con el fin de evitar que el síndrome de los bienes dañados se perpetúe (Sgrol, 1982).

Durante el proceso terapéutico la actitud del terapeuta debe ser en todo momento de respeto hacia los deseos de la niña/o, de sus opiniones y de la toma de sus decisiones, debe evitar en todo momento emitir juicios que ubiquen a la niña/o como "bueno" o "malo" fomentando una discusión que permita a la niña/o identificar que cualquier conducta provocará consecuencias positivas y/o negativas para sí mismas/os y para otras/os, las cuales mediante una conducta responsable tendrán que ser asumidas, lo que en ninguna manera implica el detrimento de nuestro valor inherente como seres humanos. La niña/o debe entender que este valor no lo determina el aspecto físico, el sexo, la posición económica o nuestra conducta; y que cualquiera que atenta contra ese valor como ser humano hace algo malo y obtiene consecuencias negativas.. En este punto es muy importante aclarar con la niña/o que el evento de abuso sexual en el que

"participó" no es una conducta atribuible a ella o él, que esta es una conducta de el victimador, la cual es negativa porque lastima y atenta contra las niñas y los niños nulificando sus deseos y su voluntad, por lo cual la sociedad castiga.

Por último dentro del trabajo con la autoestima es indispensable que el terapeuta involucre actividades en las que la niña/o desarrolle la experiencia de autoeficacia; es decir un sentido de control sobre la propia vida, de capacidad y habilidad para manejar su entorno, de confianza en sí misma para decidir, juzgar y elegir; la sensación de ser el centro vital de su propia existencia, a diferencia de ser un espectador pasivo o víctima de los acontecimientos. En las niñas/os que sufrieron el abuso sexual una prioridad en el trabajo, es parar la sensación de ser víctima; evitando que la liga de poder que estableció el victimador se perpetúe, determine y organice su vida. La niña/o debe comprender que el victimador tuvo poder en ella sólo en el momento del abuso, pero que éste no se extiende al resto de su vida; la terapeuta debe ayudar a identificar formas de autocuidado y red social con la que cuenta para el cuidado de sí misma/o.

5.1.3. TÉCNICAS

Escultura en arcilla o plastilina

Objetivo:

- Explorar la imagen de sí misma/o
- Representar defectos físicos (síndrome de bienes dañados)
- Representar la autoconciencia del sí misma/o en el aquí y el ahora así como en el pasado y en el futuro
- Representar los sentimientos negativos y malos sobre el yo

Materiales:

- Arcilla o plastilina
- Música relajante

Desarrollo:

Esta técnica puede ser empleada de varias maneras:

- a) para representar los daños físicos que el abuso le ocasionó
- b) para representarse en relación a otros (familia, amigas/os, compañeras/os de la escuela)
- c) para identificar cambios en el pasado, en el presente y en el futuro
- d) para representar los sentimientos negativos y malos sobre el yo
- e) para representar las creencias y sentimientos positivos sobre el yo

Nota: En esta técnica se puede sustituir el dibujo por la arcilla

Doce minutos de felicidad

Objetivos:

- Que la niña/o identifique las cosas positivas que forman parte de su entorno
- Que la niña/o identifique los aspectos positivos de su vida con el fin de parar la visión de esta desde la perspectiva de lo negativo
- Que la niña/o identifique alternativas para lograr su propia felicidad

Materiales:

- Lápices o plumones de colores
- Papel

Desarrollo:

Se le indica a la niña/o que tendrá 2 minutos (puede ser más) para escribir (o dibujar si se trata de niñas/os pequeñas/os) todo aquello que les da felicidad (personas, actividades, momentos o cosas). Al concluir se comentará con la terapeuta.

Técnica de: Limpens, Murrieta y Gómez (1996). *La zaratista: manual de educación en derechos humanos para maestras de preescolar y primaria*. Amnistía Internacional

¿Que les hace falta?

Objetivos:

- Deducir cuales son los derechos humanos de las niñas/os
- Identificar el concepto de dignidad

Materiales:

Dibujos de un niño y una niña, su ropa (varios), juguetes, una casa, una escuela, una familia, amigos de todo el mundo, una iglesia (podemos creer o no en Dios), comida, agua potable, jabón (higiene), una bandera (nacionalidad), nombres, niño y niña en la playa (descanso, vacaciones, diversión), la paloma de la paz, corazón (carifto), la naturaleza y las mascotas, un autobús (transporte), la cama (seguridad e intimidad), enfermera (atención médica), alcancía (dinero, nivel de vida).

Desarrollo:

Se coloca las figuras del niño y la niña (desnudos) en el pizarrón, y se pregunta: *¿que les falta a esa niña y a ese niño para ser felices y contentos? Las niñas tienen que nombrar todo lo que se les ocurre: ropa, casa.....etc. La terapeuta va colocando las figuras de la ropa, la casa, etc.... Después de unos minutos se puede ayudar a las niñas y los niños para llegar a los conceptos más abstractos como: los nombres o la nacionalidad.* Técnica de: Limpens, Murrieta y Gómez (1996). La

5.2 EL CUERPO

(Anexo 2, cuadro 3.2)

Para hablar de un proceso de reconstrucción de la identidad yoica en las niñas/os es indispensable el trabajo con el cuerpo de tal manera que este facilite la recuperación de la privacidad, el autodominio y control del mismo, lo anterior debido a que el abuso afecta a la manera de respirar, de comer, de sentirse; afecta, en realidad, a toda la relación con el cuerpo.

Lo primero que aprenden las niñas/os acerca de sí mismas/os y del mundo lo aprenden a través del cuerpo. El hambre, el miedo, el amor, la aceptación, el rechazo, el apoyo, el cariño, el terror, el orgullo, el dominio, la humillación, la rabia, todo lo que se conoce como emoción, comenzó con sensación y movimiento en el plano corporal. Su cuerpo es el medio a través del cual la niña/o aprende acerca de la confianza, la intimidad, la protección y el cariño. Ante el abuso sexual o incesto las niñas/os perciben que el mundo es un lugar peligroso, y hacen multitud de cosas para adaptarse, llevando a una desconexión, la cual se requiere reparar (Bass y Davis, 1995). Es necesario pasar de la separación del cuerpo a la integración; del odio y rechazo del cuerpo (por ser el receptor del abuso), al amor y aceptación de éste como un sistema limpio, útil, sano:

5.2.1. OBJETIVOS

1. Promover el autoconocimiento corporal en cuanto a estructura y funcionamiento, favoreciendo una visión positiva del mismo, en contraposición de verlo como algo vergonzoso.
2. Promover el concepto de intimidad y respeto para sí mismo y para las/los demás
3. Integrar al esquema corporal los genitales como una estructura más de todo nuestro cuerpo, disminuyendo la carga valorativa que gira entorno a ellos
4. Que las niñas/os conceptualicen y describan al cuerpo como:
 - Un canal de comunicación que permite la recepción de sensaciones positivas y negativas, que tiene la misma dimensión de importancia que la comunicación verbal
 - Un sistema que en esencia es limpio, útil y sano
5. Que las niñas/os identifiquen la diferencia entre la respuesta cognitiva y neurológica del placer.

Para alcanzar los objetivos planteados anteriormente es importante que en trabajo con las niñas/os se incluyan como temas:

- El reconocimiento de las diferencias sexuales que existen entre niñas y niños y el concepto de identidad de género
- Desarrollo del sentido de responsabilidad del propio cuerpo y de como el crecimiento implica responsabilidades
- El aprendizaje de los nombres correctos de las partes del cuerpo así como los términos que corresponden sobre todo en lo referente a los genitales
- La importancia de proteger de accidentes y maltrato las partes vitales del cuerpo
- La comprensión de sensaciones físicas positivas y negativas
- La importancia de las caricias, las miradas, y de los límites corporales dentro de la comunicación.
- El concepto de placer como parte de la respuesta de nuestro cuerpo, y su relación con la capacidad de disfrute de todo el cuerpo.
- El papel que desempeñan las glándulas sexuales durante la pubertad y los cambios físicos que se producen, así como su funcionamiento en la edad adulta.

Cabe aclarar que todos estos temas deben ser adecuados a la edad cronológica y cognoscitiva en la que se encuentra la niña/o por lo cual es indispensable comprender las fases por las que atraviesa el desarrollo infantil.

5.2.2. FUNCIÓN DEL TERAPEUTA

Dentro de esta fase el terapeuta debe mantener una actitud abierta y comprensiva, manejar un lenguaje acorde a la edad de las/los menores y tener un conocimiento propio de sus propios prejuicios, evitando tener una actitud personal de juicios valorativos frente al cuerpo. Su principal función dentro del trabajo con el cuerpo tiene dos grandes vertientes

- 1) facilitar experiencias que permitan a las niñas/os el conocimiento y la concientización de sus propios cuerpos, así como fomentar la experiencia de control y aceptación de éste.
- 2) facilitar la conceptualización del cuerpo como un instrumento por el cual se puede experimentar sensaciones agradables incluyendo el placer, así como poder diferenciar ésto de aquellos estímulos adversos que generan malestar y culpa.

5.2.3. TÉCNICAS

Dibujo del esquema corporal

Objetivos:

- Identificar las partes del cuerpo
- Identificar sus funciones
- Identificar algunas de las cosas positivas y negativas que podemos recibir y hacer con nuestro cuerpo

Materia:

- Hojas de papel tamaño rotafotio
- Plumones de diferentes colores

Desarrollo:

Se pide a la niña/o que se acueste encima del papel de tal manera que ya sea la terapeuta o la propia niña/o pinten su silueta; esto de acuerdo a lo que la niña/o prefiera (hay que recordar que el abuso se sufrió en el cuerpo y a veces este contacto físico puede no ser agradable a la niña/o por lo que se consultará a la niña que es lo más conveniente para ella o él); una vez realizado lo anterior se le pide a la niña/o complete las partes del cuerpo que le faltan (dibujándolas); describiendo para que nos sirven e identificando algunas de las sensaciones positivas y negativas que podemos recibir con nuestro cuerpo así como mencionar algunas conductas positivas y negativas que podamos realizar con nuestros cuerpos.

Instrucciones específicas:

Dentro de la aplicación de esta técnica algunas de las niñas/os generalmente evaden mencionar los genitales o bien al hablar de ellos lo hacen con una gran carga emocional y algunos presentan conductas ansiosas. Por lo tanto la terapeuta debe disminuir la angustia y la carga afectiva de esta parte del cuerpo proporcionando información a la niña/o, explicando que:

- 1) estas reacciones no son algo que sólo le pase a ella o a él sino que esto nos ocurre generalmente a todos ya que, hasta hace poco, se suponía que las personas no debían mencionarlos; pero que por supuesto la gente hablaba de todos modos de ellas utilizando apodos o nombres de otras cosas que tienen semejanzas con los genitales los cuales en algunas ocasiones son calificados de "groseros" o "sucios". Las niñas/os a partir de conocer los nombres científicos utilizados hacia los genitales, deben tener la opción de llamarnos como ellas/os prefieran y se sienta más cómodas/os; saber que hablar sobre sexo implica hablar sobre las diferencias entre hombres y mujeres incluyendo lo referente al cuidado y funcionamiento de sus genitales, que éste es un tema importante y que para usar las palabras

asignadas a los genitales se debe tener en cuenta con quién se está hablando y que generalmente, los nombres científicos de los genitales son seguros con cualquier persona que sea capaz de hablar sobre el sexo sin alterarse (Comfort y Comfort, 1980)

- 2) que los genitales son nuestras partes íntimas a las cuales sólo nosotras/os podemos tener acceso, que deben estar cubiertas por ropa especial porque a diferencia de otras partes del cuerpo deben sólo ser vistas por otros en circunstancias especiales como cuando nos bañan o asean después de tener funciones excretoras y algunas veces cuando vamos al doctor.
- 3) que como cada una de las partes de nuestro cuerpo, tienen una forma particular de sentir, la cual puede ser muy agradable, siempre y cuando se haga de manera privada, sin lastimarnos, sin que otros nos obliguen a ver, a tocar o que nos toquen y sin que nosotros obliguemos a nadie.

Preferencias de los sentidos perceptuales

Objetivos:

- Facilitar experiencias que permitan a las niñas/os identificar las sensaciones de sus cuerpos a través de los 5 sentidos perceptuales

Material:

- Sonidos: De mar, de bosque, de truenos, de tambores, de flauta, de piano
- Sabores: Dulce, amargo, salado, agrio, picante
- Texturas: ásperas, suaves, rugosas, acolchonadas (opcional)
- Olores: picantes, dulces, amargas, saladas (opcional)
- Imágenes

Desarrollo:

Se le pide a la niña/o que con los ojos vendados (excepto en el caso de las imágenes) identifique cada uno de los estímulos y clasifique cuales le fueron más agradables y cuales menos.

Dentro de este ejercicio es muy importante explicar que todo nuestro cuerpo tiene la capacidad de disfrutar y experimentar placer y que cada sentido perceptual tiene una forma particular de experimentarlo.

Técnica adaptada de: AcevedoA. (1984). Aprender jugando. México: Acevedo y asociados consultores en desarrollo integral

Ejercicios de flexibilidad

Objetivo:

- Evitar la rigidez muscular
- Favorecer la flexibilidad, fluidez y equilibrio

Material:

- El uso de ropa floja y cómoda

Desarrollo:

Para la aplicación de esta técnica se sugieren los ejercicios del libro: Balaskas, A. (1992). La vida del cuerpo. Buenos Aires: Paidós.

Pintar la música con el cuerpo

Objetivo:

- Lograr concientización corporal a través del movimiento
- Promover la expresión de movimientos libres y espontáneos

Material:

- Grabadora
- Música con diferentes ritmos

Desarrollo:

Se pide a la niña/o que con el movimiento e imaginando que el espacio del que disponen es un gran papel pintarán la música con las diferentes partes de su cuerpo (ejemplo: nariz, brazos, pies, orejas, ojos, etc.)

Si bien el tratamiento psicoterapéutico inmediato de las niñas y niños víctimas de abuso sexual es una medida de enfrentamiento eficaz para detener a futuro, severas consecuencias en la población adulta. Este nunca debe darse sin tomar en cuenta que el abuso sexual involucra a la familia (sea incestuosa o no) y a la comunidad, ámbito que requiere de una alta sensibilización de lo que implican este tipo de violencia, es decir sus causas, sus consecuencias y sobre todo, la responsabilidad social que como individuos/as tenemos para detener estas y otras formas de maltrato. En este sentido cabe hacer énfasis que éste y otros tipos de violencia hacia las niñas, niños y mujeres no serán detenidos si como profesionales y como individuos no rompemos con estructuras y relaciones basados en el poder y la inequidad, y redirigimos nuestros objetivos a la búsqueda de alternativas que involucren , la construcción de formas de relación equitativas y de crecimiento entre los géneros.

Dichas alternativas generalmente han partido del discurso femenino, sin encontrar, hasta hace pocos años el eco en la contraparte, es decir la masculinidad, ya que sólo a partir de un trabajo conjunto que nos permita a hombres y mujeres responsabilizarnos de cada actitud y conducta violenta hacia el otro, y asumir una actitud de respeto, confianza, empatía y un rechazo total a toda forma de relación violenta, podremos empezar a encontrar la luz hacia una cultura de crecimiento y equidad para niñas, niños, mujeres y hombres.

5.3 RELACIONES INTERPERSONALES

(Anexo 2, cuadro 3.3)

Ninguno de nosotros vive solo. Aquellos que tratan de hacerlo están destinados a desintegrarse como seres humanos. Por supuesto que algunos aspectos de la experiencia vital son más individuales que sociales y otros más sociales que individuales, pero no por ello la vida deja de ser una experiencia compartida.

En los años tempranos se la comparte exclusivamente con los miembros de la familia. La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es claro que la configuración de la familia determina las formas de conducta que se requerirán para los roles de esposo, esposa, padre, madre e hijo.

La paternidad y la maternidad, y el rol de hijo/a adquieren significado específico sólo dentro de una estructura familiar determinada. La familia hace dos cosas: 1) asegura la supervivencia física y construye lo esencialmente humano del hombre y mujer. Bajo estas premisas la familia moderna cumple con las siguientes funciones sociales:

- a) Provisión de alimento, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y proveen protección ante los peligros externos, función que se realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.
- b) Provisión de unión social, que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares
- c) Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; este vínculo de identidad proporciona la integridad y fuerzas psíquicas para enfrentar experiencias nuevas
- d) El moldeamiento de los roles sexuales, lo que prepara el camino para la maduración y realización sexual
- e) La ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social
- f) El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual (Ackerman, 1961).

De acuerdo a Fromm (1974) la interacción socio afectiva de la niña/o con la madre y el padre mantiene ciertas características de acuerdo a si se presentan o no, determinarán la forma de interacción socio afectiva de la adulta/o

Amor maternal: Representa una afirmación incondicional de la vida del niño/a y sus necesidades. Sus principales características son:

- cuidado y responsabilidad absolutamente necesarios para el desarrollo de la niña/o (nota)
- actitud que inculca en la niña/o el amor a la vida y la felicidad de estar viva/o
- existe un elemento de desigualdad, en la que una/o necesita toda la ayuda y la otra proporciona
- implica carácter altruista y generoso
- implica un deseo y un enfrentamiento para lograr la separación de dos seres que en un principio se encuentran unidos
- implica dar todo sin desear nada salvo la felicidad del ser amado

Amor paterno: Este amor es condicional. Su principio es "te amo porque llenas mis aspiraciones, por que cumples con tu deber, porque eres como yo". Sus principales características son:

- la obediencia constituye su principal virtud
- se rige por principios y expectativas
- implica la posibilidad de hacer algo por conseguirlo
- el amor no está fuera del control del sí mismo
- debe ser paciente tolerante, no amenazador
- implica proporcionar a la niña/o un sentido cada vez mayor de efectividad

Lo anterior hace fundamental revisar los aspectos socioafectivos en los que la niña/o se desarrolla y el efecto del abuso sexual en estos.

5.3.1. OBJETIVOS

- Evaluar y fortalecer las funciones de provisión de alimento, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida de la niña/o.
- Identificar los roles que la niña juega dentro de su estructura familiar y evaluar si estos son acordes a su edad y etapa de desarrollo y a su posición como miembro de la familia
- Identificar el manejo de los límites en cuanto espacio, relaciones afectivas y funciones dentro de la relación familiar.
- Promover y fortalecer las alianzas positivas de la niña/o para con sus familiares y en especial hacia la madre, hermanas/os y padre no victimarios a partir de expectativas acordes a su contexto familiar.

5.3.2. FUNCIÓN DEL TERAPEUTA

La terapeuta debe iniciar por evaluar el contexto familiar en el que se desarrolla la niña/o, y de como la niña/o lo percibe y como piensa de este. En esta fase la terapeuta debe mantener una

estrecha comunicación con la/el familiar de la niña/o que se está haciendo cargo de llevarlo al proceso terapéutico y de las/los familiares que están dispuestos al apoyo material y emocional de la niña/o. El terapeuta debe promover el funcionamiento de roles y límites acorde a la edad, desarrollo y contexto familiar, así como clarificar y favorecer lazos afectivos de la niña/o para con sus familiares acorde a su contexto familiar.

5.3.3. TÉCNICAS

Para favorecer la confianza de la niña/o para con sus miembros familiares

El lazarillo

Objetivos:

- Lograr una confianza suficiente para que se pueda dar la colaboración

Desarrollo:

- Silencio durante todo el ejercicio
- El paseo no es una carrera de obstáculos para el ciego, sino una ocasión de experiencias
- Se debe ser imaginativo (p.ej.: ponerle en presencia de sonidos diferentes, dejarle solo un rato, hacerle reconocer objetos durante el trayecto,....)
- Cada uno debe estar atento a los sentimientos que vive interiormente y a los que vive su pareja, en la medida que los perciba

Control remoto

Objetivo:

- Favorecer la confianza y aprender a orientarse mediante la escucha

Desarrollo:

- Se trata de seguir el sonido de tu nombre con los ojos cerrados

Levantar al compañero

Objetivo:

- Favorecer el control sobre el propio cuerpo y la coordinación de movimientos
- Promover la confianza y cooperación entre la niña/o y la terapeuta

Desarrollo:

Un compañero/a se sienta frente a otro/a, con las plantas de los pies apoyadas en el suelo y las puntas en contacto. Inclínándose hacia adelante y doblando las rodillas, se agarran las manos y tratan de levantarse una/o a otra/o al mismo tiempo. Después intentan volver a la posición de sentados.

Nota: Todas estas técnicas se recomiendan hacer con la madre o la/el miembro que se esté haciendo responsable de la terapia

- **Mañaneca José María y María José:** a través de la imagen de un niño y una niña de cartón desnudos, a los cuales se vestirá, entre la vestimenta también se tendrán aditamentos que hagan alusión a las diferencias genéricas. Mientras las niñas/os los visten se analizarán los roles de género, como repercuten en nuestra vida y que posibilidades hay de cambiarlos.
- **Dibujo de la madre y/o el padre:** Se pide a la niña/o que haga un dibujo de su madre y su padre, respondiendo a las preguntas ¿para qué sirve una madre? ¿para qué sirve un padre?
- **Rol playing:** La niña/o a través del manejo de títeres o bien directamente en el intercambio con la terapeuta interpretará el papel de los diferentes miembros de la familia, así como el suyo propio. El terapeuta intervendrá rompiendo formas de interacción destructivas y promoviendo la búsqueda creativa de nuevas formas de relación entre la niña/o y su familia.

6. COMENTARIOS FINALES

Si bien el tratamiento psicoterapéutico inmediato de las niñas y niños víctimas de abuso sexual, es una medida de enfrentamiento para detener a futuro severas consecuencias en la población adulta. Este nunca debe darse sin tomar en cuenta que el abuso sexual involucra a la familia (sea incestuosa o no) y a la comunidad, ámbito que requiere de una alta sensibilización de lo que implica este tipo de violencia, es decir sus causas sus consecuencias y sobre todo, la responsabilidad social que como individuos tenemos para detener, esta y otras formas de maltrato hacia las niñas y niños. Lo anterior sólo puede hacerse si como profesionales y como individuos no rompamos con estructuras y relaciones basadas en la inequidad de poder, y redirigimos nuestros objetivos a la búsqueda de alternativas que involucren la construcción de formas de relación equitativas y de crecimiento personal para mujeres, hombres niñas y niños.

Las propuestas de equidad han partido generalmente de la visión femenina, sin encontrar, hasta hace pocos años el eco en la contraparte, es decir la masculinidad, ya que sólo a partir de un trabajo de análisis y reflexión de las estructuras que sostienen la inequidad en los roles masculino y femenino; y se asuma con responsabilidad cada actitud y conducta violenta hacia el otro/a, ejerciendo una actitud de respeto, confianza, empatía y un rechazo total a toda forma de relación de abuso de poder, podremos empezar a encontrar la luz hacia un mundo de crecimiento y desarrollo de los valores como seres humanos.

RESUMEN

Las formas de violencia hacia menores incluido el abuso sexual actualmente y desde un enfoque sociopolítico se presenta como producto de una "sociedad en decadencia"; sin embargo a través de una revisión histórica es posible observar que a lo largo de la misma ha existido una política explícita o implícita de violencia hacia niños/as.

Algunos especialistas concuerdan en afirmar que los distintos tipos de violencia hacia mujeres niños y niñas actualmente han adquirido relevancia política social y económica debido a el planteamiento de nuevas formas de pensamiento ideológico sobre el ser mujer, hombre, niño, niña, ha nuevas formas de organización social y económica, así como el surgimiento de grupos sociopolíticos que a lo largo del proceso histórico han adquirido fuerza social, política y económica; entre estos se encuentran los grupos feministas (en los años 70's) los cuales influyeron de manera importante para que problemas como la violencia física, emocional y sexual que sufren mujeres, niños y niñas en diferentes ámbitos sociales tuviera la atención de organismos académicos gubernamentales y privados a nivel nacional e internacional.

En el caso del abuso sexual infantil, otro factor que ha influido para que éste hoy se considere un grave problema, es la creciente libertad que existe para hablar de la sexualidad, ésta libertad, permitió el análisis y discusión de las formas de conceptualizarla y ejercerla. Se pudo además problematizar sucesos que en varios momentos de la historia estuvieron silenciados o se veían como normales, permitiendo a las víctimas de abusos sexuales la identificación y denuncia de lo que les había ocurrido y como les había afectado.

El acercarnos al estudio del abuso sexual como fenómeno social, implica encontrarnos con múltiples puntos de vista que han dificultado su conceptualización, lo cual ha sido determinado por diversos factores ideológicos y sociales del momento histórico en la que transita cada sociedad, la cual ha intervenido mediante la aceptación o rechazo de conductas sexuales estereotipadas para determinar "lo bueno", "lo malo" dentro del ejercicio de la sexualidad. Sin embargo actualmente y consecuentemente al momento histórico que vivimos, la definición de abuso sexual con base en un análisis teórico y metodológico más profundo se centra en ver a este como una expresión de ira, poder y control a través de diversas conductas sexuales, por lo que la importancia se centra en la intencionalidad de cada conducta y no en su mera expresión.

El término de abuso sexual como manera de nombrar el problema en general responde más a intereses de orden político que un análisis teórico metodológico del fenómeno, desde lo sociocultural "abuso" se asocia a una conducta que implica violencia física, es decir acompañada de amenazas y golpes. Sin embargo hoy se sabe que el abuso sexual a menores puede darse o no junto a otros tipos de violencia, ya que la imposición de poder y control ejercido por el victimario debido a su estatus, edad y la relación afectiva que mantiene con la niña/o le permiten cometer el abuso sexual sin ninguna resistencia. La investigación hasta el momento permite observar que mujeres niñas y niños son principalmente quienes sufren violencia de muchos tipos, a éstas/os se les ha adjudicado cierta complicidad en su propio daño, en el caso de los menores se ha cuestionado si ellas/os están en posibilidad de detener estas conductas, para muchos autores las niñas y niños consienten el abuso, para otros las niñas y los niños no están concientes del significado del comportamiento sexual adulto y rara vez las niñas y los niños pueden decidir libremente sobre lo que quieren o no, mucho menos aceptar o rechazar ciertas cosas debido a que están bajo la autoridad, control y en muchos casos bajo el poder económico y afectivo de los adultos/as.

Otro punto importante dentro de la investigación de este fenómeno ha sido dirigido a explicar el por qué, la violencia sexual es mayoritariamente cometida por hombres, al respecto se ha concluido que la socialización dentro de la cultura patriarcal ha conferido a lo masculino una posición dominante en la cual el poder y el control han sido erotizados, siendo el ejercicio del poder a través de la violencia una demanda social dentro del comportamiento erótico sexual de los hombres.

Muchos de los estudios realizados con hombres que cometen abuso sexual se han hecho a partir del análisis de las condiciones sociodemográficas particulares de éstos, como hacinamiento, pobreza, historia previa etc. Muchos de estos estudios se han hecho en cárceles, las cuales no representan la generalidad del problema pues no toma en cuenta que existe una cifra negra debido a que este problema es poco denunciado y que los hombres estudiados son los que tienen menos recursos intelectuales y económicos para salir de la cárcel. Por lo anterior muchos autores coinciden en proponer que un análisis de los factores que influyen o determinan el abuso sexual debe tomar en cuenta.

- a) el uso y abuso del poder en las relaciones interpersonales
- b) los factores socioculturales que han influido para que el poder se exprese dentro del ejercicio de la sexualidad.

- c) la alta normalización que tiene el uso de la violencia como forma de expresión, prestigio y resolución de conflicto,
- d) la disposición de la cultura para normalizar y tolerar la violencia personal y sexual.

Otra dificultad que se ha presentado dentro del estudio del abuso sexual tiene que ver con el énfasis que se ha hecho en el daño físico, para dimensionar las consecuencias en la violencia doméstica y sexual, de tal manera que sólo se considera grave la que deja evidencia física. En el caso del abuso sexual la importancia se enfoca en la penetración, lo cual, es influencia de una ideología patriarcal que centra el valor del individuo en el caso de las mujeres en la virginidad en los menores en su inocencia sexual y en los hombres en su orientación sexual. Sin embargo el abuso sexual produce daño a un nivel más profundo, en la integridad yoica ya que el abuso sexual rompe con los límites cognitivos corporales e interrumpe áreas de desarrollo psicosexual de niñas y niños.

Además de lo anterior la denuncia e investigación del abuso sexual infantil a revelado que muchos de los victimarios sexuales guardan un vínculo afectivo o sanguíneo con la niña/o y que éste no es un fenómeno aislado sino que se da dentro de un contexto donde las niñas y niños sufren otros tipos de violencia o viven dentro de un ambiente familiar perturbador e insatisfactorio, de ahí que el concepto de abuso sexual incestuoso tome en cuenta que lo que determina el impacto emocional en la niña/o es la ruptura de vínculos de amor, confianza, que la niña/o tiene hacia el propio victimario su familia y/o su entorno.

Lo anterior permite observar que el abuso sexual y el abuso sexual incestuoso no es un problema aislado, sino que converge y/o forma parte de problemas complejos, multifacéticos y multideterminados, como son la violencia de género y la violencia doméstica. Estos problemas se expresan en una gran variedad de formas culturales e ideológicas que avalan y determinan el abuso de poder, a través de la estructuración de roles de género estereotipados y formas de relación inequitativas, entre varones mujeres niños niñas etc.

La violencia para muchos teóricos es entendida como el uso de la fuerza en un contexto de uso y abuso de poder, que implica una búsqueda de eliminar los obstáculos que se oponen al propio ejercicio del poder; una condición determinante para que la conducta violenta sea posible es un desequilibrio de poder que puede estar definido culturalmente o por el contexto, u obtenido

mediante maniobras interpersonales de control de la relación , lo cual anula y/o limita el libre ejercicio de la voluntad.

Los antecedentes dentro del proceso histórico que determinan la violencia social, de género y doméstica, se encuentran en las formas de organización que las comunidades fueron construyendo; dicha organización se inicia desde un estado primitivo donde: no existe una clara diferenciación del trabajo; prevalece la promiscuidad sexual; no hay roles de comportamiento definidos; hasta la culminación en la monogamia, la cual, se basa en condiciones económicas, que tienen como objetivo garantizar el dominio económico a través de la propiedad privada, originando formas de organización antagónicas entre hombres y mujeres donde el predominio económico del varón (a través de la propiedad privada), la reducción de la mujer a la servidumbre doméstica, al "recato" sexual y la exigencia de la virginidad antes de llegar al matrimonio, lo cual da origen a la primera forma de opresión de clases.

Otro elemento importante dentro de la organización social y económica de las comunidades fue la manera en que se dividió el trabajo, esta división fue determinada por los siguientes factores: el vínculo sexual entre los miembros de la comunidad; el sexo; las diferencias físicas a partir de éste; y la edad; lo cual favoreció formas de organización estratificada convirtiendo estos factores en categorías de poder. Esta forma de organizar y dividir el trabajo tiene como propósito sostener y asegurar la unión de hombres y mujeres a través de favorecer la inequidad entre hombre y mujeres, dividir los sexos en categorías mutuamente excluyentes y exacerbar las diferencias biológicas. Así mismo dispone a los individuos formas sociales de comportamiento diferenciadas por género, esta categoría se forma a partir de la relación sexo/género la cual implica una relación estrecha entre el sexo con el que se nace y la manera en que la sociedad dispone y educa a ese ser, de acuerdo a las reglas destinadas para cada uno de los sexos, hablar de la categoría género nos remite al estudio del proceso histórico desde esta perspectiva con el objeto de estudiar:

- La construcción de la identidad femenina y masculina
- Las relaciones entre los géneros
- El papel que el poder desempeña en las relaciones y la deconstrucción de la identidad
- La búsqueda de nuevas propuestas de "SER"
- La equidad en todos los ámbitos (ciencia, trabajo, cultura, familia, educación, salud, en las instituciones, en lo público y en lo privado

Al hablar de violencia doméstica podemos observar que el abuso sexual incestuoso guarda una estrecha relación con ésta, dentro de este problema el abuso sexual infantil puede formar parte de toda una dinámica de violencia que una niña/o sufre dentro de su familia, lo cual nos remite realizar un análisis de los orígenes de la familia, su estructura, dinámica y los factores que la influyen y/o determinan.

La familia a lo largo de la historia se convierte en una institución que ha sufrido transformaciones con el objetivo de adaptarse a las exigencias de cada grupo, pero también oponiendo resistencia a cambios dentro de su estructura y dinámica, lo cual ha generado una gran estabilidad en su estructura y dinámica; actualmente mantiene en esencia un modelo jerárquico, patriarcal. La violencia doméstica dentro de este modelo, tiene la función de establecer una dinámica que garantiza el control de los miembros de la familia en un espacio donde transcurre la vida cotidiana de sujetos(as) relacionados entre sí por lazos de parentesco o afectivos; dentro de esta lógica el abuso sexual forma parte del continuo.

Con respecto a las consecuencias psicológicas que el abuso sexual tiene, hoy día se sabe que éste repercute severamente a lo largo del desarrollo biopsicosocial de las niñas/os. Esto ha sido un tema de importantes debates en el ámbito clínico pues como ya se mencionó durante mucho tiempo las consecuencias del abuso sexual a menores se silenciaron o se minimizaron, sin embargo actualmente y gracias al estudio de expertos hoy se sabe que el abuso sexual representa un evento traumático donde se inician una serie de reacciones cognitivas, psicológicas y de comportamiento, reacciones de estrés agudo a situaciones de peligro de vida; dicho trauma genera una fuerte ansiedad lo que provocará que la niña/o evite ésta a través de mecanismos adaptativos los cuales pueden darse en varios niveles: a) evitación del conocimiento del suceso (amnesia); b) evitación del sentimiento (obnubilación); c) evitación de la conducta (en las respuestas fóbicas); y d) evitación de cualquier factor relacionado con el acontecimiento, lo anterior derivará en lo que actualmente se conoce como síndrome de estrés postraumático, el cual se caracteriza por presentar tres grupos de síntomas: a) la re - experimentación, b) distanciamiento emocional y obnubilación psíquica; c) excitación elevada y/o embotamiento de la capacidad de respuesta.

El síndrome puede desarrollarse en cualquier momento tras el acontecimiento ; la forma de inicio puede aparecer hasta 30 años después de haber sucedido el evento o los eventos traumáticos (caso muy frecuente dentro del problema del abuso sexual). En el caso de las niñas/os se presenta bajo los siguientes síntomas: la recreación y/o reproducción directa del

trauma en momentos de "relajación" (cuando juegan, en sueños, en dibujos etc), en muchas ocasiones las niñas/os reproducen el acontecimiento traumático a través de conductas de victimización para con otras/os niñas/os y/o adultos/as, sin ser conscientes de que dichas conductas reflejan sus propias experiencias traumáticas (lo anterior se ha denominado reactividad sexual) otros síntomas característicos en niñas/os son: temores específicos para el trauma, conductas regresivas (como la encopresis y emuresis), malestares somáticos, trastornos masivos de negación, disociación, despersonalización, ira, o de personalidad

En términos generales, el desarrollo en niñas/os implica un proceso continuo donde existen cambios cuantitativos y cualitativos mediante los cuales se adquieren habilidades gradualmente más complejas que permiten la interacción con personas, objetos y situaciones del medio ambiente. Dentro de este proceso el ser humano enfrenta situaciones que desembocan en crisis vitales donde el individuo/a tendrá que desarrollar nuevos recursos cognitivos, emocionales y en su medio ambiente para resolver y adaptarse a la nueva situación, estas pueden ser de dos tipos a) del desarrollo; las cuales son eventos esperados que ocurren a las/os individuos/as en el curso de su vida en éstos el individuo/a tiene la oportunidad durante su desarrollo de prepararse para estos eventos y b) crisis externas donde el individuo/a es expuesto/a a sucesos impredecibles donde el elemento sorpresa es el que incrementa la reacción de la crisis, demandan con frecuencia soluciones novedosas ya que nunca se ha tenido que enfrentar a tal situación; y otro tipo es el que corresponde a eventos donde se enfrenta a una situación abrumadoramente peligrosa y en las que el individuo/a podría ser física o psicológicamente herido/a o traumatizado/a, son situaciones que generan reacciones de estrés agudo a una situación de peligro de vida.

El abuso sexual desencadena este tipo de crisis, la cual interviene y determina cambios importantes en el desarrollo de las niñas/os, combinándose alterando y/o deteniendo el resultado de las crisis que de por sí la niña/o tendrá que enfrentar, como parte de su desarrollo normal, dentro de éste la niña/o se enfrentará a su primera crisis mediante la adquisición de un sentido confianza en contra de un sentido de desconfianza la cual debe generarse en dos sentidos: en sí mismo y en su medio ambiente. El abuso sexual en general y en especial el abuso sexual incestuoso atentan contra este sentido de confianza, la niña/o aprende que el ambiente que le rodea es inseguro que las personas que le debieran cuidar y amar y en las que ella/el confía le dañan, ésto tendrá repercusiones importantes en su desarrollo las cuales pueden manifestarse en: dificultad para confiar o confiar en todos sin discriminar; dificultad para dar y recibir cariño y cuidados, dificultad para comprometerse en una relación de amistad o de pareja, dificultad para reconocer y/o expresar los propios sentimientos... entre otros.

Otro paso importante dentro del proceso del desarrollo de la personalidad es la adquisición de un sentido de individuo autónomo en contra de un sentido de vergüenza, este sentido de autonomía se promueve gestando y reforzando un sentimiento de autocontrol y autoestima positiva. El abuso sexual también atenta con este sentido de individuación, la niña/o es un "objeto" que se "utiliza" para satisfacer necesidades, su capacidad de sentir y decidir son totalmente negadas, esto repercutirá en el desarrollo de alguna de las siguientes maneras: creencia de ser mala, sensación de ser diferente a los demás, sentimientos destructivos o de muerte, maltrato o daño del cuerpo intencionalmente o sin ésta; dificultad para cuidar de sí misma/o, inconciencia de los propios intereses, valores, objetivos.....entre otras.

Para poder hablar de métodos curativos en el tema del abuso sexual infantil debemos tomar en cuenta que, toda forma de intervención psicoterapéutica está sujeta a una ideología que determina lo que hay que curar, para qué hacerlo y cómo hacerlo. En este sentido el problema del abuso sexual ha pasado desde momentos donde el problema ha sido ignorado a otros en los cuales ha adquirido importancia social y política, donde diversos grupos y enfoques lo han explicado desde diferentes perspectivas desarrollando un marco de conocimientos propio y determinando acciones diversas que derivan en el enfrentamiento del problema. En el caso de la propuesta trabajo la perspectiva de género tiene una fuerte influencia, lo cual determina entre otras cosas algunos de los siguientes postulados.

- El abuso sexual es un problema, que causa severos daños en las niñas/os que lo sufren.
- El abuso sexual es una forma de violencia sexual que busca mantener perpetuar el poder de formas de relación y comportamientos considerados masculinos dentro de una cultura patriarcal.
- El abuso sexual es responsabilidad de quien lo ejerce y no de niñas/os u otros parientes los cuales se asume viven inmersos dentro de una dinámica de violencia doméstica, donde la violencia sexual es una más de sus expresiones, la cual genera formas disfuncionales de ver y percibir el mundo como son: el círculo de la violencia, la inhabilidad aprendida entre otras. Por lo anterior se considera que estos no tiene el poder de detenerlo y/o para hacerlo requieren de un fuerte apoyo social que provenga del exterior.

La propuesta también intenta cuestionar y profundizar los pilares teóricos que puedan enriquecer la práctica psicoterapéutica dentro del tema de la violencia sexual a través de la conformación de un marco teórico conceptual, la descripción del proceso psicoterapéutico, su secuencia, la inserción de técnicas específicas así como algunas especificaciones del papel de la/el terapeuta. Lo anterior se fundamenta en la revisión teórica de los factores psicosociales que envuelven esta problemática, el estudio y análisis de diferentes modelos de intervención psicoterapéutica en general y de manera específica para abuso sexual infantil, de los cuales se retoman conceptos, metodologías y técnicas, prioritariamente lo hace del psicoanálisis, intervención en crisis, humanismo y del modelo cognitivo conductual.

La propuesta se hace además con base en la experiencia clínica derivada de la atención clínica a pacientes y de la asesoría recibida dentro del Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual, Facultad de Psicología, UNAM.

Algo que debe tomarse en cuenta es que la psicoterapia en abuso sexual con niñas/os, generalmente implica intervenir en una crisis de tipo psicológico, ya que las niñas/os sujetos a tratamiento llegan porque el abuso sexual acaba de suceder; la familia lo acaba de descubrir o bien existe la sospecha de que la niña/o fue víctima de uno o varios sucesos debido a que existen trastornos emocionales y conductuales. Por lo que la propuesta tiene como uno de sus principales propósitos, lograr el restablecimiento en el nivel de funcionamiento que existe antes del suceso de crisis.

Dentro de la presente propuesta es muy importante la asesoría a la familia (en especial la madre, ya que generalmente ella es la que busca la ayuda para su hija/o), la cual llega a la asesoría con muchas dudas y miedos con respecto al daño físico y emocional que la niña/o sufrió o puede sufrir, así como en el enfrentamiento de las respuestas familiares y sociales que el abuso sexual provoca (síndrome de los bienes dañados), por otro lado, las madres y padres tienen grandes dudas de cómo tratar a las niñas/os a partir de este suceso, y experimentan grandes temores sobre el futuro de sus hijas/os, en el caso de los niños existe el temor de que éste afecte su orientación sexual.

La propuesta sugiere niveles de intervención, los cuales buscan cumplir objetivos específicos, el nivel 1 de la propuesta implica la evaluación de: las consecuencias físicas y psicológicas, de los factores psicosociales que envuelven la problemática de la niña/o. Dentro de este nivel se contemplan 2 fases dentro del trabajo, la primera corresponde a la aplicación de instrumentos

donde se recolectan los datos generales y la segunda que implica la exploración de; la conciencia que la niña/o tiene del problema; los mecanismos adaptativos que la niña/o está implementando para enfrentar la crisis; la percepción que la niña/o tiene de la/el terapeuta, del espacio terapéutico, de sí misma/o en relación a la terapia y de su entorno familiar. Para lo anterior se obtendrá a través del juego el cual representa un recurso dentro de la psicoterapia infantil que permite que, los componentes inconscientes o mentalmente reprimidos de la personalidad suelen estar más próximos y/o de más fácil acceso.

El nivel 2 de la propuesta se destina a ayudar a la niña/o a enfrentar con lentitud los pensamientos y sentimientos con respecto al suceso del abuso sexual, lo anterior con la finalidad de que exista la integración psíquica que le dé dominio sobre el trauma, en este caso el juego se utiliza bajo la premisa de que la niña/o expresarán y trabajarán cualquier el conflicto emocional dentro de la metáfora del juego, en muchos casos puede estar presente la compulsión a la repetición lo cual desde el enfoque psicoanalítico es un intento activo para asimilar gradualmente el evento traumático y dominarlo. La/el terapeuta en esta fase debe cuidar los niveles de ansiedad que la niña/o presenta ya que de esto dependerá que ésta/e pueda enfrentarla.

La propuesta además contempla que no solo la liberación de emociones reprimidas acerca del acontecimiento es importante, sino que en el nivel 2 también se intenta reestructurar el sistema de creencias e interpretaciones cognoscitivas erróneas por parte de la niña/o, y ofrecerle a ésta/e cogniciones que resulten más adaptativas. La propuesta psicoterapéutica en este punto retoma el concepto de cognición del modelo Cognitivo, el cual entiende por cognición ideas, constructos personales, imágenes, creencias, expectativas, atribuciones etc. En este nivel es muy importante promover en las niñas/os un sentido de poder y control sobre su medio circundante. Otros objetivos generales de la propuesta es eliminar los impedimentos para el continuo desarrollo; detener patrones de comportamiento destructivos y disfuncionales, redirigir la experiencia traumática hacia alternativas de manejo menos destructivas y más funcionales y buscar un aprendizaje que reditúe en resultados potencialmente más altos en el nivel de funcionamiento que tenía la niña/o antes del abuso sexual. Al respecto la propuesta metodológica considera que el trabajo importante el trabajo específico en tres áreas: la autoestima, el cuerpo y las relaciones interpersonales.

Con respecto a la autoestima la propuesta la concibe como la integración de: un sentido de merito personal (autodignidad) que se traduce en seguridad y valor propio, la percepción de

que como individuos/os somos merecedora/es de logro, éxito, respeto, amistad, amor; y de un sentido de eficacia, el cual implica, la confianza en nuestras capacidades de pensamiento (juicios, toma de decisiones); de comprensión de la realidad que rodea y/o determina los propios intereses y necesidades; el sentido de autoeficacia proporciona un sentido de control sobre la propia vida. Bajo esta definición la autoestima recobrar gran importancia dentro del tratamiento a niñas/os víctimas de abusos sexuales, el trabajo en esta área implica: promover en la niña/o un sentido de autodominio y control, a través de obtención de logros, favorecimiento de una conducta responsable hacia sí misma/o y otros, desarrollo de independencia, libertad para escoger las propias opciones. En el caso de la autodignidad es muy importante, que la niña/o tome conciencia de su valor como ser humano y no a partir del abuso sexual sufrido (síndrome de los bienes dañados).

El trabajo corporal dentro de la propuesta toma en cuenta que el cuerpo de la niña/o dentro del abuso sexual fue directamente lastimado por lo que se considera que el trabajo en esta área es fundamental. Se conceptualiza al cuerpo no sólo como la estructura corporal sino que incluye, sensaciones, movimientos, sentimientos y emociones; parte del hecho de que niñas/os aprenden acerca de sí mismas/os y del mundo a través del cuerpo: el hambre, el miedo, el amor, la aceptación etc. Ante un abuso sexual el cuerpo se percibe como un lugar peligroso, lo que origina desconexiones cognitivas de percepciones, sensaciones y emociones, el trabajo en esta área implica promover la integración y aceptación del mismo, dentro de la propuesta esto se hace a través de: El aprendizaje de los nombres de las partes del cuerpo incorporando la parte genital, promover en el niño la comprensión de sensaciones físicas positivas y negativas, conceptualizar el placer como parte importante dentro del desarrollo, en todo lo anterior será muy importante tomar en cuenta la etapa del desarrollo en la que la niña/o se encuentra.

La última fase implica el trabajo con las relaciones interpersonales que la niña/o tiene con el fin de que ésta/e recupere la confianza en su entorno y se fortalezcan vínculos afectivos, lo cual es de gran importancia para el desarrollo posterior de la niña/o.

En términos generales la propuesta intenta contextualizar el problema con un enfoque más integral así como establecer bases metodológicas específicas para el abordaje y manejo del abuso sexual.

CONCLUSIONES

1. Ha existido a lo largo de la historia una política de violencia explícita o implícita hacia niños y niñas.
2. El que actualmente exista preocupación institucional privada y académica por la violencia sexual hacia niñas y niños, se debe a cambios ideológicos que permiten conceptualizar al ser humano de forma diferentes, y al surgimiento de grupos con fuerza política y económica, los cuales han denunciado esta y otras problemáticas afines.
3. El abuso sexual es una expresión de ira y poder a través del ejercicio de la sexualidad.
4. Hasta el momento la denuncia e investigación reportan que la mayoría de las víctimas de abuso sexual son niñas, y la mayoría de los victimarios son hombres.
5. El que los victimarios sean mayoritariamente hombres se debe a que la socialización masculina confiere una posición dominante para los hombres y ha un comportamiento erótico estereotipado para los hombres donde el ejercicio de poder a través de la violencia son una demanda social.
6. En gran parte de los casos de abusos sexual infantil el victimario es una persona guardan un vínculo de sanguíneo y/o afectivo con la niña/o
7. El abuso sexual incestuoso toma en cuenta que el impacto emocional en la niña/o se debe a la ruptura de vínculos de amor y confianza que la niña/o tiene hacia su victimario, personas que lo cuidan y/o su medio ambiente.
8. El abuso sexual incestuoso forma parte de una dinámica de violencia que se manifiesta a nivel familiar
9. La violencia en términos generales implica el uso de la fuerza física, emocional, sexual y/o económica, para eliminar los obstáculos que se oponen al ejercicio del poder; para que ésta sea posible debe existir un contexto de desequilibrio de poder

10. La familia en general mantiene un modelo jerárquico patriarcal que favorece la violencia física emocional económica y sexual.

11. Los antecedentes que determinan la violencia dentro de la familia y la violencia hacia las mujeres como género, se encuentran en las formas de organización social y económica dentro del proceso histórico, dos elementos se destacan como importantes : a) dominio económico de los varones a través de la propiedad privada, incluyendo a mujeres niños y niñas; b) la división de trabajo a partir del vínculo sexual entre los miembros de la comunidad, la edad, el sexo y las diferencias físicas a partir de este, la edad; lo cual favoreció formas de organización estratificada y convirtió estos factores en categorías de poder.

12. El abuso sexual repercute de manera significativa en el desarrollo biopsicosocial de las niñas/os, este representa un evento traumático que desencadenará lo que actualmente se conoce como síndrome de estrés posttraumático, el cual implica una serie de reacciones cognitivas, emocionales y conductuales, que permite soportar la situación traumática.

13. La propuesta de atención psicoterapéutica mantiene una perspectiva de género en la cual se asume que:

- El abuso sexual es un problema de género, y funciona como una forma más de mantener y perpetuar el poder de comportamientos y formas de relación masculinas con avaladas y prestigiadas socialmente
- El abuso sexual es responsabilidad de quien lo ejerce por lo que la culpabilidad y responsabilidad de detenerlo se encuentra centrado en los victimarios y en el sistema social que favorece y tolera estas formas de violencia
- La violencia en general genera formas disfuncionales de ver y percibir el mundo.
- El trabajo dentro de la psicoterapia implica favorecer en las víctimas circunstancias internas y externas más equitativas así como la apropiación de su propio poder(empoderamiento)
- El proceso terapéutico desde la perspectiva de género implica cuestionar las formas de organización cultural social y familiar y la repercusión que tiene en el proceso de individuación, se asume que sin la conciencia la reflexión y la concientización de estos factores es difícil producir un cambio

14. La propuesta integra elementos teóricos y metodológicos de modelos psicoterapéuticos como son psicoanálisis, humanismo, cognitivo conductual.

15. La propuesta implica el trabajo en tres niveles de intervención: la evaluación; la integración emocional y cognitiva del evento traumático y el empoderamiento el cual favorece un sentido de poder y control del medio circundante de la niña/o.

AFORTACIONES

1. Intenta contextualizar el problema del abuso sexual con un enfoque más integral.
2. Mantiene la Terapia de juego como su principal herramienta de trabajo y utiliza un enfoque donde integra conceptos y técnicas de los siguientes modelos: psicoanálisis, humanismo, cognitivo - conductual e intervención en crisis.
3. Establece bases metodológicas específicas para el abordaje y manejo del abuso sexual.
4. Propone un sistema de intervención terapéutica donde se establecen niveles, fases, secuencia, objetivos así como recomendaciones específicas de la función de la/el terapeuta.
5. Propone técnicas específicas de acuerdo a los niveles de tratamiento.

LIMITACIONES

1. El modelo tiene una fuerte influencia del enfoque de género lo cual influye la perspectiva de la cual se parte y puede determinar ciertos prejuicios ideológicos correspondientes a este enfoque.
2. El modelo contempla a niños con un desarrollo biopsicosocial "normal", dejando de lado a poblaciones discapacitadas las cuales no están exentas de sufrir este tipo de problemática.
3. Dentro del modelo se trabaja con la familia sólo desde el punto de vista de la niña/o y a través de asesorías a la madre, sin embargo dado que mucho del abuso sexual forma parte de un contexto de violencia doméstica o aunque esta no exista el propio abuso introduce a la familia en una crisis, la cual repercute en todos los miembros de la familia por lo que el modelo requiere de alternativas para resolver éstas implicaciones.

4. El proceso legal cubre una función de suma importancia dentro del problema del abuso sexual, el cual interfiere directamente en el proceso psicoterapéutico que sigue la niña/o, sin embargo el modelo se limita únicamente a la parte psicológica.
5. Si bien en los casos que se ha aplicado el modelo se ha visto de manera indirecta que el síndrome de estrés postraumático disminuye a corto plazo, no existen pruebas empíricas de que los efectos a largo plazo desaparezcan.
6. El modelo requiere del enriquecimiento de técnicas acordes a la edad de las/os menores ya que algunas de las que se proponen no pueden ser utilizadas con niñas/os menores de 4 años o con adolescentes.

ANEXO 1

MODELOS DE TERAPIA DE JUEGO

164

PAGINACIÓN DISCONTINUA

TERAPIA DE JUEGO PSICOANALÍTICA

OBJETIVOS:		
1.- Facilitar a las niñas/os el trabajo con sus dificultades o traumas auxiliándolos a obtener insight. 2.- Obtener la "alianza terapéutica"; es decir la unión de aspectos saludables en contra del "yo enfermo" de la niña/o.		
FUNCIÓN DEL JUEGO	ETAPAS DEL TRATAMIENTO	RECURSOS TÉCNICOS
<ul style="list-style-type: none"> - Sustituir las verbalizaciones. - Establecer contacto con la niña/o. - Como medio de observación. - Como fuente de información. - Como dispositivo que promueve la comunicación interpretativa. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer contacto, lograr una "alianza de trabajo". 2. Promover la observación. 3. Interpretar, lo cual se hace en varios niveles: <ul style="list-style-type: none"> - Provocar la conciencia de la niña/o. - Demostrar patrones de conducta no advertidos - Hacer a la niña/o consciente de aquellas situaciones que provocan afectos o conductas. - Mostrar a la niña/o como se reflejan sus conflictos en la relación con el terapeuta. - Unir la conducta actual del paciente con sucesos de desarrollo temprano. 	<ul style="list-style-type: none"> - Posición del terapeuta permisiva y no directiva - La comunicación tomando en cuenta el nivel de desarrollo afectivo y cognoscitivo. - Utilización de los propios juguetes de la niña/o. - Disponibilidad de otros juguetes. - Elección de juguetes utilizando el principio de economía (juguetes simples, durables, no en grandes cantidades, acordes a la comodidad del terapeuta y al espacio disponible). - Uso de materiales que alerten y no restrinjan el juego libre de la imaginación y que promuevan la verbalización de fantasía.

Cuadro 1: TERAPIA DE JUEGO PSICOANALÍTICA. Esman (1988). Shaefer, C y O'Connor, K. (1988) Manual de Terapia de Juego (Vol. 1). México: Manual Moderno

TERAPIA DE JUEGO CENTRADA EN EL CLIENTE

OBJETIVOS:		
1.- Proporcionar a la niña/o la oportunidad para experimentar el crecimiento de sí mismo, bajo condiciones más favorables. 2.- Proporcionar a la niña/o la toma de conciencia de su potencialidad para ser individuo, pensar por sí mismo, tomar sus propias decisiones, hacerse más maduro psicológicamente (Axline 1947, citado en Guernsey, 1988).		
FUNCIÓN DEL JUEGO	ETAPAS DEL TRATAMIENTO	RECURSOS TÉCNICOS
- Facilitar la autodirección, autoexploración y el autodesarrollo de la niña/o. - Como herramienta que permite encontrar las necesidades emocionales de la niña/o, tales como las experimentadas en el momento y como se presentarán posteriormente, siendo estas expresiones la ruta más rápida hacia el desarrollo óptimo.	- <i>Primeras sesiones:</i> Durante éstas, la niña/o va a explorar las realidades del tiempo de juego, al terapeuta como persona, y así mismo con relación a este ambiente social diferente. - <i>Sesiones intermedias:</i> En esta fase, las niñas y niños, parecen construir una relación de confianza con el terapeuta. Es durante las sesiones intermedias cuando empiezan a tener lugar las reorganizaciones de la personalidad y una creciente aceptación del yo. - <i>Sesiones posteriores:</i> Tienden a ser más orientadas a la realidad, la tolerancia a la frustración para el aquí y el ahora del juego se vuelve bastante buena. En este punto predominan las conductas sociales sobre las antisociales.	- Ginott (1961), observó que los juguetes tienen cualidades "provocadoras de conducta", recomienda que los juguetes: 1. permitan la prueba de realidad 2. facilite la expresión simbólica de las necesidades de la niña/o. 3. promuevan la catarsis y el insight. - Guernsey (1988), propone además el siguiente criterio para la selección de juguetes: 1. Juguetes que puedan utilizarse de diferentes maneras. 2. Elegir juguetes que promuevan los sentimientos más difíciles de tratar en la vida real como: la agresión y la dependencia.

Cuadro 2: TERAPIA DE JUEGO CENTRADA EN EL CLIENTE. Guernsey, 1988 en Shaefer, C y O'Connor, K. (1988) Manual de Terapia de Juego (Vol. 1). México: Manual Moderno

TERAPIA DE JUEGO GESTALT

OBJETIVOS:

- 1.- Concientizar a la niña/o de lo que está haciendo y como lo está haciendo, lo cual proporciona a la niña/o alternativas para hacer cambios.
- 2.- Favorecer en la niña/o la conciencia de las sensaciones, los sentimientos, las carencias, las necesidades, los procesos del pensamiento y las acciones, lo que llevará a fortalecer el sentido del sí mismo y la autodeterminación.
- 3.- Promover a través de la terapia variadas experiencias, las cuales son la clave para la conciencia
- 4.- Promover a través del trabajo terapéutico la manifestación de las resistencias, y su reconocimiento, lo cual resultará en el abandono de viejas estrategias y sentimientos y una nueva alternativa para ser; un nuevo descubrimiento.
- 5.- Promover la identificación y la aceptación de las partes de sí mismo que se rechazan y trabajar hacia los sentimientos de integración y autoestima.

Nota: La función del juego en este modelo se relaciona directamente con la promoción de las etapas del tratamiento.

ETAPAS DEL TRATAMIENTO	RECURSOS TÉCNICOS
<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de la relación terapéutica. - Evaluación y establecimiento de contacto. - Fortalecimiento del sentido del sí mismo y de la estabilidad en la niña/o - Incitación a la expresión emocional. - Autnutrimiento. - Terminación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relación con el terapeuta en sí misma curativa. - Promover la conciencia de las sensaciones corporales, emociones y procesos de pensamiento propio; que la niña/o conozca lo que ve, oye, toca, huele, degusta etc. - Proporcionar a la niña/o experiencias que estimulen e intensifiquen el uso de los sentidos. - Brindar la oportunidad del incremento de una mejor conciencia del cuerpo a través de realizar elecciones, sentir el dominio y ejercer algún poder y control. - Hacer uso de técnicas creativas, expresivas y proyectivas que proporcionen medios en los cuales se puedan evocar fuertes sentimientos.

Cuadro 3: TERAPIA DE JUEGO GESTALT. Oaklander, 1997 en Shaefer, C y O'Connor, K. (1997) Manual de Terapia de Juego (Vol. 2). México: Manual Moderno

TERAPIA COGNOSCITIVO-CONDUCTUAL

OBJETIVOS:		
<p>1.- Que las niñas/os adquieran recursos que les permita cambiar su propia conducta y se vuelvan participantes activos en el tratamiento.</p> <p>2.- Que de acuerdo a su desarrollo las niñas/os demuestren un sentido de dominio y control sobre su ambiente.</p> <p>3.- Que la niña/o conserve las conductas adaptativas aprendidas durante la terapia cuando esté en su ambiente natural luego de la terminación de la misma.</p>		
FUNCIÓN DEL JUEGO	ETAPAS DE TRATAMIENTO	RECURSOS TÉCNICOS
<ul style="list-style-type: none"> - Como medio de integrar a la niña/o al tratamiento. - Para facilitar los pensamientos, sentimientos, fantasías y ambiente de la niña/o. - Proporcionar una estrategia para el desarrollo de pensamientos y conductas más adaptativas 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Evaluación:</i> Se considera a las primeras sesiones como parte de un periodo de admisión o de evaluación. La información por lo común se recopila con respecto al funcionamiento habitual de la niña/o, en su nivel de desarrollo, los problemas actuales, así como su visión acerca del problema por el que asiste a trata-miento. Esta información se obtiene de los padres y de la niña/o a través de la observación, la interacción, la entrevista y la evaluación del juego. - <i>Introducción/orientación,</i> a la terapia a través de: 1) preparar a la niña/o para la terapia; 2) la participación de adultos/as significativos para acordar el plan de tratamiento y su intervención; - <i>Etapas intermedias:</i> Se concentran en ayudar a la niña/o en el aprendizaje de repuestas adaptativas que le permitan manejar situaciones, problemas o factores individuales de estrés. - <i>Terminación:</i> Proceso gradual durante el cual, tras varias sesiones, el terapeuta y la niña/o hablan acerca del final de la terapia. 	<ul style="list-style-type: none"> - El terapeuta se centra en dos aspectos: 1) ayudar a la niña/o a que generalice lo que aprende en la terapia, de manera que pueda aplicarse a otros escenarios; 2) auxiliario a evitar las recaídas después que haya concluido la terapia. - Los métodos por medio de los cuales se suministran de modo específico las intervenciones para cada niña/o caen dentro de tres categorías: modelamiento, desempeño de roles, y contingencias conductuales. - El terapeuta ayuda a la niña/o a identificar, modificar o establecer cogniciones. - Se requiere planeación y premeditación con respecto a la elección de los materiales de apoyo para la terapia. - Se alienta la flexibilidad, motivando a la niña/o a ser creativa/o

Cuadro 4: TERAPIA COGNOSCITIVO-CONDUCTUAL. Kenell, 1997 en Shaefer, C y O'Connor, K. (1997) Manual de Terapia de juego (Vol. 2). México: Manual Moderno

TERAPIA DE JUEGO ECOSISTÉMICA

OBJETIVOS:		
<p>1.- Facilitar a la niña/o la reanudación del desarrollo normal</p> <p>2.- Elevar al máximo la capacidad de la niña/o para satisfacer sus necesidades interfiriendo lo menos posible con la satisfacción de los demás.</p> <p>3.- Proporcionar información adicional a la niña/o acerca de la naturaleza del mundo y permitirle la estabilización al modificar la comprensión cognoscitiva de su experiencia vital.</p>		
FUNCIÓN DEL JUEGO	ETAPAS DE TRATAMIENTO	RECURSOS TÉCNICOS
<p>- En el contexto de este modelo, el juego promueve el desarrollo saludable de cuatro funciones básicas descritas por Shaefer y O'Connor (1993).</p> <p>1.- Promueve un medio de aprendizaje de habilidades básicas, así como el recibimiento de estímulo cinestético y de relajación.</p> <p>2.- Favorece varias funciones intrapersonales y la capacidad para trabajar hacia el dominio de las situaciones y conflictos.</p> <p>3. Sirve a las funciones interpersonales, en los que se incluye hacer las veces de medio para practicar la separación/individuación y para la adquisición de aptitudes sociales.</p> <p>4. Tiene una función sociocultural, al permitir que las niñas/os imiten los roles adultos deseados.</p> <p>- Otra función del juego es la de proporcionar un medio natural que ayuda a la niña/o a mantener un estado de excitación que eleve al máximo el aprendizaje y por consecuencia en el avance del desarrollo.</p> <p>- Debido a la carga de energía positiva, sirve para reforzar el desarrollo de una relación entre la niña/o y el terapeuta.</p>	<p>Jernberg (1979, citado en O'Connor, 1997), lista seis fases dentro de la terapia ecosistémica.</p> <p>1.- Introducción: se presenta a la niña/o con el terapeuta de juego y se determinan algunas expectativas básicas para la interacción.</p> <p>2.- Sondear: la niña/o comienza a interactuar con los materiales y el terapeuta, y, con calma pone a prueba los límites del proceso y hace juicios significativos acerca del terapeuta o del proceso de terapia de juego.</p> <p>3.- Aceptación tentativa: Una vez familiarizados con el concepto de terapia de juego, la mayoría de las niñas/os tienen una reacción inicial positiva, en especial si el tratamiento no se enfoca específicamente hacia un problema. Durante esta etapa, las niñas/os ceden de modo temporal al control del terapeuta.</p> <p>4.- Reacción negativa: Este modelo prevé que existirá un momento en el tratamiento en el que la niña/o reaccionará contra la terapia, el terapeuta o ambos; la existencia de esta reacción no se juzga como problemática, sino como una parte natural de la respuesta de la niña/o al cambio.</p>	<p>- Utilización de dos estrategias específicas:</p> <p>1) proporcionar a la niña/o experiencias alternativas o correctivas y utilizar intervenciones verbales.</p> <p>- Facilitar a la niña/o un escenario y los materiales que permitan a la niña/o crear una realidad diferente de aquella que ha experimentado.</p> <p>- Debido a que el terapeuta controla los niveles de excitación óptimos de la niña/o, el terapeuta selecciona unos cuantos juguetes y hace que sólo esos estén disponibles.</p> <p>- Los juguetes se seleccionan según los siguientes principios generales:</p> <p>a) seleccionar aquel que se adapte al funcionamiento del desarrollo actual de la niña/o</p> <p>b) seleccionar un juguete que se adapte al funcionamiento del desarrollo más bajo de su nivel habitual</p> <p>c) seleccionar un juguete que se adapte al funcionamiento del desarrollo más arriba de su nivel ordinario.</p> <p>d) seleccionar uno o dos juguetes por su capacidad para simbolizar conflictos que la niña/o está experimentando, o por su capacidad para extraer un contenido</p>

<p>- Por su enorme potencial simbólico, funciona como una excelente herramienta para enlazar la experiencia correctiva, la interpretación y la comprensión cognoscitiva del insight.</p>	<p>5.- Crecimiento y confianza: ésta llega una vez que la niña/o aprende que el terapeuta sólo utilizará el control que posee para su bienestar. Durante la misma, se efectúa el verdadero trabajo de terapia; la niña/o recibe experiencias correctivas y, por medio de ellas llega a una comprensión alternativa de su propia experiencia, por lo que de un modo subsecuente, es capaz de participar en nuevas conductas.</p> <p>6.- Terminación: después de que se consuman los cambios de la fase anterior, se generalizarán hacia nuevas situaciones y se estabilizarán; con el tiempo la niña/o está lista/o para la terminación.</p>	<p>relacionado con los objetivos del tratamiento.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

Cuadro 5: TERAPIA DE JUEGO ECOSISTÉMICA. O'Connor, 1997 en Shaefer, C y O'Connor, K. (1997) Manual de Terapia de Juego (Vol. 2). México: Manual Moderno.

ANEXO 2

**PROPUESTA METODOLÓGICA
(ESQUEMAS)**

VI-A

**PROPUESTA METODOLÓGICA DE INTERVENCIÓN
EN ABUSO SEXUAL E INCESTO**

<p align="center">Nivel 1 Evaluación</p>	<p align="center">Nivel 2 Terapia de juego de dominio</p>	<p align="center">Nivel 3 Empoderamiento</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Fase: Exploración instrumental • Fase: Rapport • Fase: Exploración observacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Fase: Abreación <ul style="list-style-type: none"> • Culpa • Ira • Miedo • Reestructuración cognoscitiva <ul style="list-style-type: none"> • Insight • Poder y control 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima • Cuerpo • Relaciones interpersonales

Cuadro 1: Propuesta Metodológica: Niveles de tratamiento

ASPECTOS IMPORTANTES A EVALUAR EN EL ABUSO SEXUAL
HISTORIA CLINICA

- Datos demográficos
- Red social:
- 1. Las personas que apoyaron a las/os niñas/os en la época del abuso y como fue el apoyo
- 2. De quién recibe apoyo actualmente, que tipo de apoyo es (emocional, económico, afectivo)
- 3. Percepción que las niñas/os tienen de este apoyo.
- Aspectos de violencia doméstica: presencia de maltrato físico, verbal, emocional de algún o algunos miembros de la familia o bien hacia alguien importante para éste
- Características del abuso: presencia de manipulación, amenazas, chantajes, violencia física antes, durante y después del abuso, grado de relación con el agresor (ruptura de la liga de la confianza), lugar donde la niña o niño fue abordado y lugar donde fue atacado
- Grado de sofisticación del abuso:
 - desnudez parcial o total de la víctima o del victimario
 - Tocamiento general del cuerpo víctima al victimador o victimador a la víctima
 - Tocamiento genital víctima al victimador o victimador a la víctima
 - Contacto oral genital víctima al victimador o victimador a la víctima
 - Contacto genital anal víctima al victimador o victimador a la víctima
 - Penetración vaginal (con pene, dedos u otros objetos)
 - Penetración anal (con el pene, dedos u otros objetos)
 - Mostrar material pornográfico
 - Tomar fotografías de desnudos parciales o totales de la víctima
 - Masturbación de la víctima al victimador o del victimador a la víctima
 - Presenciar actos sexuales entre adultos
 - Presenciar el abuso sexual de otras/os menores
- Aspectos médicos entre los que destacan en primera instancia: presencia de lesiones físicas, enfermedades sexualmente transmisibles, riesgo de embarazo, y en segundo término antecedentes obstétricos y de desarrollo psicobiológico.
- Aspectos legales
- Si se hizo denuncia y cuales fueron los motivos para hacerla o no hacerla
- Evaluar el trato que recibieron mientras se efectuaba el trámite legal

EVALUACIÓN DE CAMBIOS CONDUCTUALES Y EMOCIONALES

- Alteración de hábitos (de sueño, de higiene, escolares y de empleo de tiempo libre)
- Alteraciones conductuales generales (Tener conductas regresivas a etapas posteriores del desarrollo que ya había superado; aislamiento, enuresis, encopresis, robo, berrinches, rebeldía desobediencia, agresividad hacia adultos/as, otras/os niñas/os, animales u objetos; mentir, onicofagia)
- Alteración del sueño (Pesadillas, insomnio inicial, intermedio o terminal; etc.)
- Miedos
- Problemas escolares
- Demandas de afecto (No poder separarse de la madre o el padre, demanda de cumplir sus caprichos)
- Trastornos de la alimentación (Aumento de peso, pérdida de peso, dolor de estómago, vómito, náuseas, diarrea)
- Síntomas psicósomáticos (Dolor de cabeza, dolor del cuerpo, trastornos cutáneos)

Nota: Registro público del Derecho de Autor No. 6077, México, D.F. 1994.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS Y SOBREVIVIENTES DE AGRESIÓN SEXUAL,
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, U.N.A.M.

Cuadro 1.1.1 : Aspectos importantes de explorar dentro de la evaluación de niñas/os víctimas de abuso sexual

**PROPUESTA METODOLÓGICA DE INTERVENCIÓN
EN ABUSO SEXUAL E INCESTO**

NIVEL 1: EVALUACIÓN				
FASE: RAPPORT				
DATOS Y SÍNTOMAS	OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	FUNCIÓN DE LA TERAPEUTA	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Presentación conocimiento • Angustia • Confianza 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover una dinámica de confianza, afirmación y conocimiento entre las niñas/os y la terapeuta • Disminuir el sentimiento de angustia 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la liberación de angustia • Mantener una actitud empática • Facilitar la comunicación y el conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Lo que más me gusta • Cada quién a su ritmo • Saludar de formas diferentes • Uso de objeto transicional como liga terapéutica • Ambientación de la atmósfera terapéutica con música conocida por las niñas/os • Juegos establecidos por las niñas/os • Dibujo 	<ul style="list-style-type: none"> • Oso de peluche (Caroll Country) • Música que las niñas/os lleven a la sesión • Música definida para relajación • Juguetes propios de las niñas/os • Lápices de colores y hojas • Arcilla o plastilina

Cuadro 1.2: Nivel de Evaluación: Fase de Rapport

**PROPUESTA METODOLÓGICA DE INTERVENCIÓN
EN ABUSO SEXUAL E INCESTO**

NIVEL 1: EVALUACIÓN

FASE: EXPLORACIÓN OBSERVACIONAL				
DATOS Y SÍNTOMAS	OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	FUNCIÓN DE LA TERAPEUTA	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento o general de las niñas/os respecto a: <ul style="list-style-type: none"> - la terapia - la dinámica familiar - el trauma del abuso sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • A través de la observación el terapeuta identificará los siguientes aspectos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Los referentes a la terapia: <ul style="list-style-type: none"> • conciencia del motivo de la terapia • Actitud en la asistencia a las sesiones • actitud hacia la terapeuta • actitud hacia el material de trabajo 2. Lo referentes a la dinámica familiar <ul style="list-style-type: none"> • límites • jerarquías • comunicación • involucración • alianzas 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener una actitud permisiva y no directiva • Ayudar a las niñas/os a explorar: <ul style="list-style-type: none"> - realidades del tiempo de juego - al terapeuta como persona - a sí misma/o en relación a la terapia. • Promover en las niñas/os la exploración y la identificación de sus sentimientos y afectos, observando la relación de estos con su conducta 	<ul style="list-style-type: none"> • Interpretación en: <ul style="list-style-type: none"> - Juego establecido por las propias niñas/os • Dibujo • Escultura • Cuentos • Música • Interpretación de las conductas, actitudes de la niña/o en: <ul style="list-style-type: none"> - Escenificación de la dinámica familiar - Dibujo de la familia - Topografía de los recuerdos (Sánchez, 1994) - Musicoterapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Juguetes diversos (a veces las niñas/os los traen) • Papel • Colores (plumones, crayones, lápices) • Plastilina • Casa de muñecas y títeres • Familia de muñecos anatómicos completos. • Papel • Colores

Cuadro 1.3 : Nivel de Evaluación: Exploración observacional

**PROPUESTA METODOLÓGICA DE INTERVENCIÓN
EN ABUSO SEXUAL E INCESTO**

NIVEL 2: TERAPIA DE JUEGO DE DOMINIO

(FASES: ABREACCIÓN Y REESTRUCTURACIÓN COGNOSCITIVA)

DATOS Y SÍNTOMAS	OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	FUNCIÓN DE LA TERAPEUTA	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Evitación del procesamiento del trauma en los niveles de: 1. conocimiento del suceso (amnesia) 2. sentimientos (obsesión) 3. respuestas de evitación 4. de cualquier factor relacionado con el acontecimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer o facilitar la exposición del trauma 	<ul style="list-style-type: none"> • Transmitir seguridad • Ayudar a las niñas/os a confrontar y encarar el abuso • Presentar a las niñas/os materiales que les permitan representar la escena del trauma • Facilitar una representación del trauma en el espacio protegido de la terapia • Cuidar en todo momento los niveles de ansiedad de tal manera que estos no se hagan insoportables • Estructurar el juego de manera que la liberación de sentimientos reprimidos pueda ser tolerada por las niñas/os 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de exposición efectiva <ul style="list-style-type: none"> - escenificación - dibujo - narrativa - escultura 	<ul style="list-style-type: none"> • Casa de muñecas • Muñecos anatómicamente completos • Papel • Colores • Títeres • Plastilina

Cuadro 2: Nivel de Terapia de juego de dominio

**PROPUESTA METODOLÓGICA DE INTERVENCIÓN
EN ABUSO SEXUAL E INCESTO**

**FASE: ABREACIÓN
(Freud, 1920)**

LIBERACIÓN EMOCIONAL ACTIVA

DATOS Y SÍNTOMAS	OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	FUNCIÓN DE LA TERAPEUTA	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor emocional • Miedo • Ira 	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr la complementación de una reacción emocional que con anterioridad se había inhibido o interrumpido 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a las niñas/os para que identifiquen y expresen los sentimientos con respecto al abuso y sus consecuencias en su entorno 	<ul style="list-style-type: none"> • Ilumina tu vida (O'Connor, 1994) • Pintar la música (Sánchez, 1994) • Collage (Sánchez, 1994) <p><i>Ira</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Carta al agresor • Dibujo del agresor • Silla vacía • Ponching bag • Tiro al blanco <p><i>Miedo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Desensibilización sistemática • Caja de miedos 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel • Colores • Música • Grabadora • Material de retazo <ul style="list-style-type: none"> • Papel • Colores • Silla • Muñecos de trapo • Muñecos anatómicamente completos <ul style="list-style-type: none"> • Caja de cartón • Revistas • Juguetes diversos

Cuadro 2.1: Nivel de Terapia de juego de dominio: Abreación: Liberación emocional activa

**PROPUESTA METODOLÓGICA DE INTERVENCIÓN
EN ABUSO SEXUAL E INCESTO**

**NIVEL 2: TERAPIA DE JUEGO DE DOMINIO
FASE: REESTRUCTURACIÓN COGNOSCITIVA
(INSIGT, FODER Y CONTROL)**

INSIGT				
DATOS Y SÍNTOMAS	OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	FUNCIÓN DE LA TERAPEUTA	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Definiciones de maltrato o abuso físico, emocional y sexual. • Concepto de intencionalidad • Relación entre sentimientos ideas y comportamientos a partir del abuso sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Que las niñas/os identifiquen y describan, acorde a su edad, los diferentes tipos de abuso • Que las niñas/os identifiquen las diferentes intenciones que pueden tener las conductas ejercidas en ellas/oa • Que las niñas/os hablen con apertura acerca de las reacciones y sentimientos del pasado y que asocien sus conductas del presente con el mismo • Que las niñas/os identifiquen ideas y expectativas: <ul style="list-style-type: none"> - hacia la persona que cometió el abuso - hacia las cuidadoras/es 	<ul style="list-style-type: none"> • Describir las definiciones acorde a la edad de las/los menores, auxiliándose de: <ol style="list-style-type: none"> 1. ejemplos de la vida cotidiana con material didáctico, ilustrado. 2. • Debe ayudar a las niñas/os a clarificar sus sentimientos, ideas y conductas con respecto al trauma 	<ul style="list-style-type: none"> • Libros de prevención en maltrato para niñas/os • Libro: ¡No me toque! • Material de prevención en abuso sexual. • Interpretación • Espejo 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio • Material impreso • Caja de muñecas • Muñecos anatómicamente completos • Papel • Colores • Titeres • Plastilina

Cuadro 2.2: Nivel de Terapia de juego de dominio: Reestructuración Cognoscitiva: Insigt

**FASE: REESTRUCTURACIÓN COGNOSCITIVA
(INSIGT, PODER Y CONTROL)**

PODER Y CONTROL				
DATOS Y SÍNTOMAS	OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	FUNCIÓN DE LA TERAPEUTA	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de vulnerabilidad e inseguridad • Ideas de vulnerabilidad e inseguridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar en las niñas/os una sensación de poder, dominio en contra de la sensación de vulnerabilidad experimentado frente al trauma 	<ul style="list-style-type: none"> • Debe reforzar las conductas de protección que las niñas/os tuvieron frente al abuso recordando que la niña/o siempre hará lo correcto para defender su vida y su salud mental • Ayudar a la niña/o en la búsqueda de alternativas para un mayor control y dominio de su entorno • Promover en la niña/o la toma de decisiones ayudando al análisis de las consecuencias que éstas conllevan, de tal manera que puedan elegir su mejor alternativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de exposición efectiva • Juegos en donde las niñas/os puedan probar sus habilidades y ganar 	

Cuadro 2.3.: Nivel de Terapia de Juego de Dominio: Reestructuración cognoscitiva: Poder y control

**PROPUESTA METODOLÓGICA DE INTERVENCIÓN
EN ABUSO SEXUAL E INCESTO**

NIVEL 3: EMPODERAMIENTO				
FASE: AUTOESTIMA				
DATOS Y SÍNTOMAS	OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	FUNCIÓN DE LA TERAPEUTA	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Autodesvalorización • Auto limitación 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover en las niñas/os el desarrollo de una autoestima y un autoconcepto, centrada en el valor del sí misma/o y no organizada alrededor del abuso. • Promover la identificación del concepto de dignidad como una forma de vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar los pensamientos y sentimientos de la niña/o con respecto a su imagen y a su autovalía • Disparar los mitos y valores negativos referentes a las consecuencias que el abuso sexual puede tener en su cuerpo y en su vida. • Mantener una actitud de respeto hacia los deseos de la niña, de sus opiniones y de la toma de sus decisiones • Evitar emitir juicios que ubiquen a la niña como "buena" o "mala" • Promover en la niña un sentido de valor personal independiente a aspectos físico, género, posición económica, al evento del abuso, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de cualidades y defectos • Dos minutos de felicidad (Limpers (1996). <u>La sanadora: manual de derechos humanos</u>. Amnistía Internacional). • Exposición de los derechos de las niñas/os • Escultura de sí misma/o 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel • Colores • Rospescazas. (Limpers (1996). <u>La sanadora: manual de derechos humanos</u>. Amnistía Internacional. • Rotafolio de los derechos de las niñas/os

Cuadro 3.1: Nivel de Empoderamiento: Autoestima

**PROPUESTA METODOLÓGICA DE INTERVENCIÓN
EN ABUSO SEXUAL E INCESTO**

NIVEL 3: EMPODERAMIENTO				
FASE: CUERPO				
DATOS Y SÍNTOMAS	OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	FUNCIÓN DE LA TERAPEUTA	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Imágen corporal • Dominio y control del cuerpo 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el autoconocimiento corporal en cuanto a estructura y funcionamiento • Integrar al esquema corporal los gemitales, disminuyendo la carga valorativa que gira entorno a ellos • Que las niñas/os identifiquen y describan al cuerpo como: <ul style="list-style-type: none"> - Un receptor de sensaciones placenteras y displacenteras - Sistema, limpio, útil, sano • Que identifique la diferencia entre la respuesta cognitiva y neuroológica del placer 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejar un lenguaje acorde a la edad de las/los menores • Tener una actitud personal no valorativa frente al cuerpo • Funcionar como facilitador de experiencias que permitan a las niñas/os identificar las sensaciones de sus cuerpos así como una experiencia de control, aceptación y un instrumento que nos permite obtener placer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dibujo del cuerpo de niña/o, analizando: <ul style="list-style-type: none"> - las partes del cuerpo - sus funciones - las cosas placenteras y displacenteras que podemos hacer con él • Preferencias de los sentidos perceptuales • Manos sensibles • Pintar la música con el cuerpo • Baile 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel del tamaño de la niña/o • Plumones • Sabores • Texturas • Sonidos • Material visual • Olores • Grabadora • Música

Cuadro 3.2: Nivel de Empoderamiento: Cuerpo

**PROPUESTA METODOLÓGICA DE INTERVENCIÓN
EN ABUSO SEXUAL E INCESTO**

NIVEL 3: EMPODERAMIENTO

FASE: RELACIONES INTERPERSONALES

DATOS Y SÍNTOMAS	OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	FUNCIÓN DE LA TERAPEUTA	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones familiares • Límites y roles • Estructura y formación de las relaciones interpersonales 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar y fortalecer las funciones de provisión material y afectiva. • Evaluar las necesidades afectivas de la niña. • Identificar los roles que la niña juega dentro de su estructura familiar y evaluar si estos son acordes a su edad y etapa de desarrollo y a su posición como miembro de la familia • Identificar el manejo de los límites en cuanto espacio, relaciones afectivas y funciones dentro de la relación familiar. • Promover y fortalecer las alianzas positivas de la niña/o para con sus familiares y en especial hacia la madre, hermanas/os y padre no victimarios a partir de expectativas acordes a su contexto familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el contexto familiar donde la niña/o se desenvuelve. • Mantener una estrecha comunicación con la/el familiar que se está siendo cargo de llevar a la niña/o al proceso terapéutico 	<ul style="list-style-type: none"> • Colgar el milagro • Dibujo de la madre y/o el padre • Rol playing 	<ul style="list-style-type: none"> • Mañecos de cartón, niño y niña con material específico de acuerdo a los roles de género asignados a nivel social

Cuadro 3.3: Nivel de Empoderamiento: Relaciones interpersonales

BIBLIOGRAFIA

1. Ackerman, N. (1961) . Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires: Paidós
2. Acevedo A. (1984). Aprender jugando. México: Acevedo y asociados consultores en desarrollo integral
3. Atkin et al. (1984). Manual de estimulación temprana. UNICEF
4. Balaskas, A. (1992) . La vida del cuerpo. Buenos Aires: Paidós
5. Barán, F. (1971) El socialismo: única salida. México: Nuestro tiempo
6. Bass, E. y Davis, L. (1995). El coraje de sanar. Barcelona: Urano
7. Blume, E. (1990). Secret survivors uncovering incest and its aftereffect y women. New York: Wiley
8. Boyd, W. (1992) . Play therapy whit children in crisis. New York: Guilford press
9. Braden, N. (1993). El poder de la autoestima. México: Paidós
10. Brownmiller, S. (1981). Contra nuestra voluntad. España. Barcelona: Planeta
11. Burgess y Holstrom (1974). Rape victims of crisis. USA: Bowie M.D.
12. Burgess A. (1985). Rape and sexual assault: A research handbook. New York: Garland Publishing
13. Campos, M., Monroy, N., Sánchez, M. (1989). Conocimientos que tienen los pediatras, psicólogos, trabajadores sociales, maestros y educadores que trabajan con niños sobre el tema de abuso sexual. Tesis de licenciatura, México: Facultad de Psicología, UNAM.
14. Cascón, P. (1998). Juegos y dinámicas en derechos humanos (Tomo 1, Tomo 2. España: Edupaz
15. Carrizo, López y Davalos (1982) "Sociedad, cultura y sexualidad (a). En Antología de la sexualidad humana: sociedad cultura y sexualidad. (Vol. 1). México: CONAFO
16. Carroll Country (1990) Manual para manejo de abuso sexual. E.U. Carroll Country
17. Cárdenas M.L. (1994). La sexualidad en la infancia. En CONAFO (1994) . Antología de la sexualidad humana. México: Miguel Angel Porrúa
18. Casa Proegida Julia Burgos (1990). La violencia doméstica es un crimen. Perú
19. Cazorla, G.; Samperio, R. (1992). Alto a la agresión sexual. México: Diana
20. Chinoy, E. (1978). La sociedad: una introducción a la sociología México: F. C. E.
21. Comfort, A. y Comfort, J. (1980). El adolescente: sexualidad, vida y crecimiento. Barcelona: Blume

22. Corsi, J. (1994) (compilador). Violencia intrafamiliar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires: Paidós
23. Corsi, J. (1995). Violencia en la pareja. Buenos Aires: Paidós
24. Cratty (1992). Desarrollo perceptual y motor en los niños. España: Paidós
25. Craig, G. (1988). Desarrollo Psicológico. México: Prentice -Hall Hispanoamérica
26. De Jong A.R. , Emans S. J., Goldfarb (1989). Abuso sexual en niños y adolescentes. Atención médica, Mayo, p.p. 10-23
27. Dohmen, M. (1994) Abordaje interdisciplinario del síndrome de la mujer maltratada, proceso secuencial. En Corsi, J. (1994) (compilador). Violencia intrafamiliar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires: Paidós
28. DSM-IV (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Washington D.C.: Ed. Masson S.A. ARA
29. Echeburua, E. (1994). Personalidades violentas. Madrid: Piramide
30. Ellis, A. (1976) Growth through reason: verbatim cases in rational - emotive therapy / Albert Ellis. Hollywood, california: Wilshire Book
31. Engels (1891) La familia la propiedad privada y el estado. En Marx, K. y Engels (1978) Obras escogidas. Moscú: Progreso
32. Erikaon (1980). Infancia y Sociedad. Buenos Aires: Paidós
33. Esmán, A. (1988). Terapia de juego psicoanalítica. En Schaefer, C y O'Connor, K (1988). Manual de terapia de juego (Vol 1). México: Manual Moderno
34. Espacios de desarrollo integral A.C. (Boletín). [http://www.derechos infancia.org.mx/ediac/escn1.htm](http://www.derechos.infancia.org.mx/ediac/escn1.htm)
35. Fabry, J. (1977) La búsqueda de significado: la logoterapia aplicada a la vida. México: Fondo de Cultura Económica
36. Feixas, G. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Buenos Aires: Paidós
37. Ferenczi, S. (1966). Problema y métodos del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós. Cap. 13
38. Fichter, J. (1972). Sociología. Barcelona: Harder
39. Finkelhor, D. (1980). Abuso sexual al menor. México: Pax-Mex
40. Finkelhor, D. (1984). Child Sexual Abuse. New Theory and Research. New York: The Free Press
41. Finkelhor, D. y Korbin, J. (1988). Child abuse as an international ISSUE. Child abuse and Neglect 12, pp 3-23
42. Fiorini, H. (1973) Teoría y técnica de psicoterapia. Buenos Aires: Nueva visión

43. Fromm, E. (1974) El arte de amar. Buenos Aires: Paidós
44. Funk, R. (1993) Stopping rape: a challenge for men. Philadelphia: New Society Publishers.
45. Funk, R. (1997). Responding to Child sexual abuse: a community development model. Baltimore. Manuscrito inédito
46. Funk, R. (1997). A proposal Baltimore sexual offense treatment and recovery program (B - Strop): A comprehensive program providing a full continuum of care services for children who have been sexually victimized, their families, and adolescent and adults who sexually offend. Baltimore: Manuscrito inédito
47. Funk, R. (1997). Sex Offense treatment and recovery program. Baltimore: Manuscrito inédito
48. Gallager, V. (1991). Becoming whole again: help for women survivor of childhood sexual abuse. Florida: TabBooks
49. Cantier, G. (1982). Siciedad y cultura (b) . En Antología de la sexualidad humana: sociedad cultura y sexualidad.(Vol. 1). México: CONAFO
50. Garfield, S L. (1979). Psicología clínica: el estudio de la personalidad y la conducta. México: Manual Moderno
51. Gomes; Shwartz; Horowitz; Cardorell (1990). Child Sexual Abuse: the initial affects. E. U. , Berverly: Sage
52. González, P. (1996). Estudio comparativo del síndrome post- traumático en sobrevivientes de abuso sexual el cual haya culminado o no en violación. México: Facultad de Psicología. UNAM
53. González, Serratos, y Rosas, L. (1995). Revisión estadística de 100 casos de agresión sexual atendidos en el P.A.I.V.S.A.S. México: UNAM, manuscrito inédito.
54. González, Serratos.; Rosas, L.; Meléndez, Z. (1996) Incesto. Publicación en trámite. México: Revista médica
55. Gonzalez Serratos, R. (1997). Revisión teórica y aportaciones de investigación del fenómeno de: violación en adultos, abuso sexual a menores y sobrevivientes al abuso sexual. Manuscrito inédito
56. González, Serratos. (1997). Revisión teórica y aportaciones de investigación del fenómeno de: violación en adultos, abuso sexual a menores y sobrevivientes al abuso sexual infantil. México: U.N.A.M., manuscrito inédito
57. González Serratos. (1998). Ideología y políticas de trabajo en un programa integral de estudio y atención de la violencia sexual en la UNAM. Ponencia presentada dentro del Simposium "Violencia Sexual" dentro del IX Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual "Hacia la Equidad en la Diferencia"
58. González, Serratos.; Rosas, B.; Pérez, M. (1998). Incesto. Ponencia presentada dentro del Simposium "Violencia Sexual" dentro del IX Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual "Hacia la Equidad en la Diferencia"
59. Groth (1982). The incest offender. En Sgroi (1982). Handbook of clinical intervention in child sexual abuse. New York: The Free Press

60. González, Serratos; Meléndez, Z. (1998) Intervención en abuso sexual: una perspectiva de género. Ponencia presentada dentro del Simposium "Violencia Sexual" dentro del IX Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual "Hacia la Equidad en la Diferencia"
61. Guernsey, L. (1988) Terapia de juego centrada en el cliente (no directiva). En En Schaefer, C y O'Connor, K (1988). Manual de terapia de juego (Vol 1). México: Manual Moderno
62. Guirreberg, E. (1990). Normalidad, conflicto psíquico, centro social: Sociedad, salud y enfermedad mental. México: Plaza y Valdez; UAM
63. Hoffman L. (1984). Fundamentos de la terapia familiar. México: Fondo de Cultura Económica
64. Heise, L. (1994). Violencia contra la mujer: La carga oculta sobre la salud. Washington, D.C.: Mujer Salud y Desarrollo; Organización Panamericana de la Salud.
65. Kaplan, H.; Sadock, B. (1994) Manual de psiquiatría de urgencias. México: Panamericana
66. Katchadourian, H. (1979). Las bases de la sexualidad humana. México: Continental
67. Kathleen O. A. (1990) Reclaiming our lives: A training manual for those working with victims, survivors of sexual assault in Massachusetts. Massachusetts: Depart of public health
68. Kaufman, M. (1989) Hombres, placer, poder y cambio. República Dominicana : CIPAF
69. Keating , K. (1995) Abraxas. México: Javier Vergara
70. Knell, S. (1997) Terapia de juego cognoscitivo - conductual. En En En Schaefer, C y O'Connor, K (1997). Manual de terapia de juego (Vol 2). México: Manual Moderno
71. Kolodny, R. (1983). Tratado de medicina sexual. España: Salvat
72. Labinowicz (1982). Introducción a Piaget. México: Libertaria
73. La Fontaine, J. (1990). Child abuse. Great Britain: polity Press
74. Laplanche, J. Y Pontalis, J. P. (1983). Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Labor
75. Limpert (1997). La zanaahoria: manual de Educación en Derechos Humanos para maestros y maestras de preescolar y primaria. México, Querétaro: Amnistía Internacional
76. MacCombie, Sh. (1980). The rape crisis intervention handbook. New York: Plenum Press
77. Manrique, (1994). La psicoterapia como conversación crítica. México: Libertaria
78. Marvasti, J. (1997) Diagnóstico del juego y terapia de juego con niños víctimas de incesto. En En En Schaefer, C y O'Connor, K (1997). Manual de terapia de juego (Vol 2). México: Manual Moderno
79. Masters, W. Jhonson V. (1987). La sexualidad humana, Barcelona: Grijalbo, Vol. II.
80. Monroy, A. (1994). La sexualidad en la infancia. En CONAPO (1994). Antología de la sexualidad humana. México: Miguel Angel Porrúa

81. Oaklander, V. (1997). Terapia de juego Gestalt. En Schaefer, C y O'Connor, K (1997). Manual de terapia de juego (Vol 2). México: Manual Moderno
82. O'Connor, K. (1997). Terapia de juego ecosistémica. En Schaefer, C y O'Connor, K (1997). Manual de terapia de juego (Vol 2). México: Manual Moderno
83. Pall, M; Blackburn, L. (1983). Let's talk about it.
84. Papalla (1990). Desarrollo psicológico. México: Diana
85. Pastor, F. (1993). El maltrato infantil. Ponencia presentada en el Tercer Foro Nacional "Como cultivar la Esperanza". Alternativas de acción para el apoyo a la niñez. Guanajuato: Colectivo Mexicano de Apoyo a la Niñez
86. Pérez, T. (1992). Stress: vida y crecimiento. México: Carisma
87. Piaget, J. (1964) Ed. (1989). Seis estudios de psicología. Barcelona: Uriel
88. Pimentel A. (1997) Violencia intrafamiliar: Estudio cualitativo de sus aspectos sociopsicológicos y de género en familias de la comunidad rural de Atlagotepoc, Tlaxcala. Tesis de maestría: Colegio de Postgraduados
89. Ramos, L.; Saltijeral, M. (1996). Impacto emocional en víctimas de violencia. Manuscrito inédito
90. Roccatti, M. (1998). Violencia social en México. 1er. Congreso Nacional de Investigación sobre Violencia Social en México. Conferencia Magistral
91. Rodríguez, M. (1990). El problema de la violencia doméstica: preguntas y respuestas. Perú: Folleto
92. Rodríguez, F. M. (1994). Desarrollo de las potencialidades sexuales de la infancia: reflexiones de un pediatra. Antología de la sexualidad humana. México: Miguel Angel Porrúa
93. Rubin, G. (1986) El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. Nueva Antropología, Vol: VIII, No. 30. México
94. Sánchez, D. y Pérez, F. Los abusos sexuales se pueden prevenir: para padres de familia y educadores. Instituto de Terapia del Comportamiento y Sexualidad. Lima: Perutextos
95. Saucedo, I. (1994). Violencia doméstica e identidad de género. Ponencia presentada en el Seminario Internacional de Violencia Doméstica y Salud reproductiva. Manuscrito inédito
96. Saucedo, I. (1996) Violencia doméstica y sexual. DEMOS. Sin No. México p.p. 32 -34
97. Schaefer, C. (1997). Terapia de juego para niños con trauma psíquico. En En Schaefer, C y O'Connor, K (1997). Manual de terapia de juego (Vol 2). México: Manual Moderno
98. Secretaría de Salud (1990). La salud de la mujer en México: Cifras comentadas. Programa Nacional "Mujer, Salud y Desarrollo". México: Sistema Nacional de Salud
99. SEP (1996). Manual de estimulación temprana. México: SEP

100. Slatku, K. A. (1986). Intervención en crisis. México: Manual Moderno
101. Sgroi (1982). Handbook of clinical intervention in child sexual abuse. New York: The Free Press
102. Staton, J. (1990) El empleo de métodos no verbales en el tratamiento del abuso sexual. En Steith, S. (1990) Psicología de la violencia en el hogar. España: Desclée De Brouwer
103. Tankenoff Brant (1980). The Child Victim. En McCombie, S. (1980). The rape crisis intervention handbook: A guide for victim care. New York: Plenum
104. Thom, H y Kachele, H. (1985) Teoría y práctica del psicoanálisis. Tomo I: Fundamentos Barcelona: Herder
105. Van Useell, J. (1974). La represión sexual. México: Roca
106. Villegas, M. (1988). El análisis existencial: cuestiones de método. Revista de psiquiatría y psicología humanista, 25, 55-70
107. Walker, L. (1979). The battered woman. New York: Harper Colophon Books
108. Wyatt, G. y Doyle, S. (1986). Issues in the definition of child sexual abuse in prevalence research. Children Abuse and Neglect, 10, p.p. 231-240
109. Yáñez, D. Las huellas de la impunidad. Perú: Gráfica Bellido S. R. L.
110. Yule, W. Udwin O. y Murdoch, K. (1990). The "Jupiter sinking": Effects on children's fears, depression and anxiety. Journal of child Psychology, psychiatry, 31