



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

PROGRAMA DE MAestrÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

## **EL ABUSO SEXUAL INFANTIL: TRATAMIENTO DESDE EL ENFOQUE NARRATIVO**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
**ADRIANA MACIEL MARTÍNEZ GENIS**

DIRECTOR DEL REPORTE: DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ

COMITÉ TUTORAL: DRA. EDITH ROMERO GODÍNEZ  
DRA. FABIOLA ZACATELO RAMÍREZ  
MTRA. ROCÍO NURICUMBO RAMÍREZ  
MTRO. FRANCISCO JAVIER ESPINOZA JIMÉNEZ

MÉXICO CD.MX.

2017



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.

*Dedicado a...*

*A mis padres*

*Por ser un gran ejemplo a seguir y apoyarme en cada paso que doy dándome siempre lo mejor de ellos.*

*A mi hermano*

*Por ser una persona admirable y perseverante.*

*A Cassandra*

*Por apoyarme en todo momento y ser una hermana.*

*A Ernesto*

*Por creer en mí y con su amor impulsarme a ser mejor.*

*A mi abuelo*

*Por motivarme siempre con sus palabras para seguir adelante.*

*A mis primas Lili y Ale*

*Por darle diversión a mis largos trayectos a la universidad.*

*A Thalía, Elizabeth y Humberto*

*Por su siempre compañía.*

## *Agradecimientos a...*

*A la UNAM*

*Por ser orgullosamente parte de ella y abrirme las puertas para mi formación profesional.*

*A la Dra. Blanca Elena Mancilla Gómez*

*Por ser mi guía a lo largo de la maestría, creer en mí y brindarme su valioso apoyo.*

*A la Dra. Edith Romero Godínez*

*Por su dedicación en la revisión de este trabajo y ayudarme a mejorarlo.*

*A la Mtra. Rocío Nuricumbo Ramírez*

*Por compartir su experiencia en la supervisión de cada uno de mis casos.*

*A Conacyt*

*Por darme los recursos económicos para la obtención de este gran logro de mi vida.*

## Índice

Resumen.....	3
Introducción .....	5
<b>CAPÍTULO I. DESARROLLO PSICOLÓGICO Y SEXUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA .....</b>	<b>7</b>
Teoría del desarrollo psicosocial de Erickson.....	7
Las líneas de desarrollo de Anna Freud.....	9
Desarrollo psicosexual de Freud.....	17
La función materna.....	23
Desarrollo cognoscitivo .....	25
Adolescencia.....	26
Autoestima.....	27
Abuso sexual y negligencia .....	28
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO Y FAMILIA.....</b>	<b>34</b>
Concepto de familia .....	34
Estructura familiar.....	36
Tipos de familia.....	37
Estilos parentales .....	39
Prácticas parentales.....	40
Evaluación del contexto familiar.....	41
Ambiente familiar disfuncional.....	42
Socialización en la familia .....	43
<b>CAPÍTULO III. ENFOQUES TERAPÉUTICOS.....</b>	<b>46</b>
Terapia narrativa.....	46
Terapia breve .....	57
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>62</b>
Planteamiento del problema .....	62
Pregunta de investigación .....	62
Objetivos .....	62
<i>Objetivo general</i> .....	62
<i>Objetivos específicos</i> .....	63

Tipo de estudio .....	63
Participantes/escenario .....	63
Procedimiento .....	64
Motivo de consulta .....	68
Integración de estudios psicológicos.....	74
RESULTADOS.....	76
Etapa 1 .....	76
Etapa 2.....	81
Etapa 3.....	89
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	95
REFERENCIAS .....	106

## **Resumen**

En este trabajo se presenta la experiencia clínica adquirida a partir de la Residencia de Psicoterapia Infantil, donde se trabajó dentro de cámara de Gesell para llevar a cabo una intervención psicoterapéutica supervisada. Este trabajo tuvo como objeto fomentar el autocuidado en una menor que en dos ocasiones sufrió abuso sexual, primero en la infancia y luego en la preadolescencia. Por lo que, dentro del proceso psicológico, se buscó que la infante cuya edad es de 12 años, entendiera lo que le había pasado mediante la promoción de su autoestima y, con ello, abordar los aspectos socioafectivos comprometidos con el problema. El proceso de intervención se llevó a cabo desde un enfoque de terapia narrativa y de terapia breve. El proceso duró 14 sesiones, dentro de las cuales cuatro fueron de evaluación, nueve de intervención y una de cierre. Se logró el objetivo planteado y además que pudiera relacionarse mejor con su entorno familiar en el que ubicó redes de apoyo. Finalmente se describen algunas sugerencias para futuras intervenciones.

**Palabras clave:** terapia narrativa, terapia Breve, abuso sexual, infancia y preadolescencia.

**Abstract**

This thesis presents the clinical experience acquired from working in the Residence of Child Psychotherapy, where the students worked within the Gesell chamber to perform supervised psychotherapy intervention. The main objective of this work relies in fomenting the self-care of a little girl who suffered sexual abuse in two occasions. The first, one at childhood and the last one, when she was in preadolescence. Therefore, within the psychological process, it was sought that the 12 year old child understood what had happened to her by promoting her self-esteem. With this, analyze the socio-affective aspects compromised with the trauma. The intervention process carried out with a narrative therapy and brief therapy approach. The process last 14 sessions, in which 4 of them were just for evaluation, 9 for the intervention itself, and the last one for the closure. At last, the objective was accomplished and also helped the girl to relate better in her family environment in which she found a whole support system. Finally, some suggestions are described for future interventions.

**Key words:** Narrative therapy, Brief therapy, sexual abuse, childhood and preadolescence.

## Introducción

La Residencia de Psicoterapia Infantil, que es parte del programa de Maestría en Psicología, tiene como objetivo general formar profesionales competentes dentro de la psicoterapia de juego infantil. Éstos, por consiguiente, deben ser capaces de trabajar en torno al diagnóstico y al tratamiento de los problemas emocionales asociados a diferentes trastornos que presentan los niños, a partir del uso de diferentes teorías y técnicas de la psicoterapia infantil.

En este sentido conviene mencionar que, como parte de la residencia, se realizan prácticas profesionales dentro del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", cuyo propósito es apoyar y fortalecer la formación teórica-práctica de los estudiantes, mediante la supervisión de casos *in situ*, llevada a cabo por profesores de la maestría. En dicho centro se desarrollan actividades terapéuticas que se realizan dentro de cámara de *Gesell*, espacio donde se trabajó en coterapia un caso de abuso sexual. Al respecto, es preciso señalar que el proceso estuvo supervisado por la Dra. Blanca Elena Mancilla Gómez.

De esta manera, el siguiente reporte de experiencia profesional se enfocará en conocer el papel que desempeña la familia dentro del abuso sexual infantil. Para explicarlo más ampliamente, se trata del caso de una menor de 12 años de edad, quien sufrió por parte de un familiar abuso sexual en dos ocasiones (cuando tenía 8 y 11 años de edad). Tales eventos se hallan vinculados con circunstancias de negligencia parental.

Para ahondar más a fondo en relación con esta problemática, es menester conocer primero los fundamentos teóricos que giran en torno al entendimiento del caso, así como también la forma de trabajo utilizada para tal propósito.

En este sentido, el capítulo I aborda el desarrollo psicológico y sexual durante la infancia, preadolescencia y adolescencia. Su trascendencia tiene que ver con la ubicación de los procesos por los cuales está cursando la menor en este período de su vida. De igual modo, en este espacio se hace énfasis en torno al abuso sexual infantil, al igual que sus consecuencias y formas de prevención.

En tanto, en el capítulo II se enfoca, específicamente, en la conceptualización de la familia, esto a partir de diferentes corrientes o enfoques teóricos. Asimismo, con la finalidad de alcanzar tal propósito se toman en cuenta los puntos más representativos, además del conocimiento de los distintos tipos que existen y la función de la familia en el desarrollo de los hijos.

De esta manera, en el capítulo III se muestran los enfoques terapéuticos utilizados para el desarrollo del trabajo psicoterapéutico. De ahí que es importante comentar que su desarrollo estuvo basado tanto en el enfoque narrativo como en el breve. Conviene hacer hincapié que de ambos se retomaron las teorías más características para el estudio en cuestión.

Por último, en el capítulo IV se expone la presentación del caso donde se plantea lo más relevante del mismo y, a su vez, la forma de intervención que se llevó a cabo en este caso de estudio. Se concluye con un análisis de los resultados del caso de estudio que derivará en las conclusiones, las cuales se establecerán a partir de los hallazgos obtenidos en este reporte.

## **CAPÍTULO I. DESARROLLO PSICOLÓGICO Y SEXUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

Cuando se habla de infancia también se incluye la niñez media, la cual va desde los 6 hasta los 12 años de edad; por lo mismo es importante mencionar que durante este periodo se aprenden y perfeccionan varias habilidades. Conjuntamente, en esta etapa, el niño intenta probarse a sí mismo, superar sus propios retos y los que su entorno le coloca. De tal manera que los factores físicos, cognoscitivos y psicosociales se combinan para producir el desarrollo individual (Craig, 2009).

Aquí resulta pertinente referir primero cómo se desarrolla la personalidad sana en el niño, por lo que se formula la teoría psicosocial y, de la misma manera, se valoran las primeras experiencias y relaciones de la vida de los infantes. La terminación exitosa de cada etapa da lugar a una personalidad sana y a interacciones adecuadas con los demás y un sentido de identidad personal sano (Delhanty, 1987).

### **Teoría del desarrollo psicosocial de Erickson**

Se inicia este apartado con Erickson, quien construye su modelo epigenético del ciclo psicosocial alrededor de las fases psicosexuales de Freud. El mismo autor (Erickson) describe la evolución en función del tiempo y del espacio en proceso de crisis. Estas etapas son (Delhanty, 1987):

#### **→ Confianza contra desconfianza (madre-hijo)**

- Se constituyen una colectividad
- Confianza básica que nace del cuidado cuantitativo y cualitativo
- Los comienzos del ideal del Yo
- La desconfianza es la alteración de la seguridad motivada por la crisis.

- ➔ Autonomía contra vergüenza (madre-hijo-padre)
  - Se practica la fase de independencia.
  - El autocontrol está matizado con la autoestima, dado que permite la autonomía y el orgullo.
  - Sentimiento de libre albedrío, se logra un autocontrol sin perder la autoestima.
  
- ➔ Iniciativa frente a culpa (madre-hijo-hermanos-padre)
  - La familia básica
  - Entendimiento del papel en la vida social; identificación de roles sexuales de los padres
  - Complejo de castración y el inicio del Superyó
  - Incrementa la curiosidad sexual
  - Se emplea el juego para que permita utilizar pruebas, además de lo que significa la posibilidad de planear
  - Se implementa la sexualidad infantil.
  
- ➔ Industria frente a inferioridad (familia básica-niño-vecindario o sector escolar)
  - Formación de la identidad, la cual se detiene para elaborar la tarea de identificación
  - Aprendizaje de las habilidades para ser obrero, intelectual dependiendo de su clase social
  - El juego es un puerto de apoyo que retorna para examinar su Yo.

## **Las líneas de desarrollo de Anna Freud**

Desde la teoría de Anna Freud (1972) se buscaba la interacción básica que existía entre el Ello, el Yo y sus distintos niveles de desarrollo, así como la secuencia de estar de acuerdo con la edad que, según la importancia, frecuencia y regularidad, son comparables con la secuencia del desarrollo de la libido o el desenvolvimiento progresivo de las funciones del Yo.

A. Freud (1972) plantea además que existen líneas de desarrollo que trazan el crecimiento gradual del niño desde las actitudes dependientes, irracionales; de igual modo que están determinadas por el Ello, así como los objetos que van dirigidos para que exista un mayor control del mundo interno y también del externo por el Yo.

Con esa misma mirada se plantea que cualquiera que sea el nivel alcanzado dentro de estas líneas de desarrollo, representará el resultado de la interacción entre el desarrollo de los impulsos y el desarrollo del Yo, del Superyó y de las reacciones frente a las influencias del medio; es decir, entre los procesos de maduración adaptación y estructuración.

Es conveniente señalar que dicho análisis explica que las líneas de desarrollo formuladas por Anna Freud (1972), son realidades históricas que evidenciarán el conjunto de logros del niño y, al mismo tiempo, se proyectarán los fracasos en el desarrollo de su personalidad.

Para conocer a qué se refieren estas líneas de desarrollo, a continuación se muestra lo que propone en cada una de ellas.

*A) Desde la dependencia hasta la autosuficiencia emocional y las relaciones objetales adultas.*

Esta línea de desarrollo trata de una secuencia que va desde una total dependencia por parte del recién nacido de los cuidados de la madre, hasta la autosuficiencia física y emocional del adulto joven. Las etapas por las cuales atraviesa son:

1. La unidad biológica madre-hijo, con el narcisismo que porta la madre y que lo extiende al niño y éste, a su vez, incluye a la madre como parte de su *milieu narcisista* interno. Dicho período está subdividido por las fases: autistas, simbióticas y de separación-individuación.
2. La relación anaclítica con el objeto parcial o de satisfacción de necesidades que está basada en la urgencia de las necesidades somáticas del niño y en los derivados de los impulsos.
3. La etapa de la constancia objetal que permite el mantenimiento de una imagen interna y positiva del objeto, independiente de la satisfacción.
4. La relación ambivalente de la fase preedípica sádico anal, caracterizada por las actitudes del Yo, depender, torturar, dominar y controlar los objetos amados.
5. La fase fálico-edípica completamente centralizada en el objeto, caracterizada por una actitud posesiva hacia el progenitor del sexo contrario, así como celos por rivalidad hacia el progenitor del mismo sexo.
6. El período de latencia, es decir, la disminución postedípica de la urgencia de los impulsos y la transferencia de la libido desde la figura paterna hacia los compañeros, grupos, maestros y otros con fantasías que demuestran la desilusión y denigración a su respecto.
7. El inicio preadolescente, con el retorno a conductas y actitudes anteriores, especialmente del objeto parcial, de la satisfacción de las necesidades y del tipo ambivalente.
8. Y la lucha del adolescente por negar, contrarrestar, aflojar y cambiar los vínculos con sus objetos infantiles.

En relación con estas etapas, Anna Freud (1972) puntualiza la importancia que tienen estas líneas de desarrollo en problemas prácticos; por ejemplo, la interferencia que se pueda presentar con el vínculo biológico entre la madre y el hijo, que por cualquier motivo provocaría una separación de la ansiedad; asimismo la dificultad de la madre para cumplir con su rol determinará trastornos en el proceso de individuación al ser ella quien satisface las necesidades y brinda confort al hijo. De esta manera, también puede presentarse lo que se denomina “falso *self*” desde la teoría de Winnicott (1955, citado en Freud, 1972 ) o una depresión anaclítica, explicada por Spitz (1946, citado en Freud, 1972 ), entre otras alteraciones más.

Al mismo tiempo, Anna Freud (1972) señala que una vez que se ha alcanzado la constancia objetal, la ausencia externa del objeto se sustituye, de cierta manera, con una imagen interna que permanece estable. Como se percibe, es a través de las líneas de desarrollo que puede establecerse cuando se puede dar una separación sin que sea traumática.

#### *B) Del desarrollo hacia la independencia corporal*

Anna (1972) sostiene que el Yo del individuo comienza como un Yo corporal y que es la posición narcisista de la madre, en relación al cuerpo de su hijo, lo que coincidirá con los deseos arcaicos del niño de sumergirse en la madre, así como de la confusión que existe entre los límites corporales debido a que al principio la distinción entre el mundo interno y el externo se dan por las experiencias subjetivas de placer y displacer.

De la misma forma, durante los primeros años la vida del niño está dominada por las necesidades corporales, sin embargo, la manera en que se dan las gratificaciones y frustraciones se hallan determinadas por la influencia del ambiente.

### *C) De la lactancia a la alimentación racional*

El niño debe de pasar por una línea de desarrollo a fin de que sea capaz de regular de modo activo y racional su alimentación, al depender de sus propias necesidades y, de manera autónoma, de la persona que lo alimenta. Los pasos que sigue son los siguientes:

1. La etapa de la lactancia de pecho a biberón
2. El destete iniciado por el niño o por la madre
3. La transición de que lo alimenten a comer por sí mismo
4. Comer por sí solo
5. La desaparición gradual de la razón comida-madre en el período edípico
6. La gradual desaparición de la sexualización de la comida durante el período de latencia.

La relación que se da entre comida-madre durante las etapas 1-4 fundamenta la convicción subjetiva de la madre de que el rechazo del niño hacia la comida va dirigido hacia ella, por lo que como efecto ésta manifiesta un rechazo a la atención y los cuidados maternos. Situación que provoca una hipersensibilidad durante los procesos de alimentación, por lo que se dan algunas batallas alimentarias con la madre.

### *D) De la incontinencia al control de los esfínteres*

La finalidad de esta línea de desarrollo va orientada al control, modificación y transformación de las tendencias uretrales y anales, en los que se observan los conflictos entre el Ello, el Yo, el Superyó y las fuerzas ambientales.

1. La duración de la primera etapa está determinada por las influencias ambientales, esto es, por la decisión materna de interferir, así como por las necesidades personales, familiares, sociales y médicas.
2. Se inicia por un avance en la maduración. Los productos de la evacuación se encuentran catectizados con la libido, por lo que el niño lo ve como “regalo” que da a la madre como una muestra de amor; de igual manera son vistas como una carga agresiva y usada como instrumento con el que pueden descargar desilusiones, rabia hacia las relaciones con los objetos. Por esta razón, durante el segundo año de vida el niño está dominado por un sentimiento de ambivalencia. Si la madre no logra la empatía con el menor durante la fase anal, tenderá a imponer sus exigencias para el control de esfínteres de forma severa provocando una pelea constante en la que el niño busca tener el control de evacuar cuando lo desee y la madre buscará entrenarlo para que logre la limpieza y la regularidad.
3. En la tercera fase, el niño acepta e incorpora las actitudes de la madre y el ambiente con respecto al entrenamiento esfinteriano convirtiéndolas, por medio de identificaciones, en una parte integral de las exigencias de su Yo y Superyó. El control anal preedípico permanece vulnerable y, en especial, al comienzo de la tercera fase dependerá de los objetos y de la estabilidad de las relaciones positivas del niño con ellos.
4. Sólo durante la cuarta fase se asegura por completo el control de los esfínteres, cuando éste ya no depende de las relaciones objetales y alcanza el estadio de intereses totalmente neutralizados y autónomos del Yo y del Superyó.

*E) De la irresponsabilidad hacia la responsabilidad en el cuidado corporal*

La satisfacción de las necesidades físicas esenciales, como la alimentación y la evacuación que permanecen bajo un control externo, corresponde con la manera

lenta y gradual con la que el niño asume la responsabilidad del autocuidado y la protección de su propio cuerpo contra posibles daños.

Dentro de esta línea de desarrollo existen fases consecutivas que deben distinguirse entre sí:

1. Durante los primeros meses y por el progreso de maduración, la agresión se dirige desde el propio cuerpo hacia el mundo exterior.
2. Se producen avances en el funcionamiento del Yo, como la orientación en el mundo exterior, la comprensión causa y efecto, el control de deseos peligrosos en beneficio del principio de la realidad. Estas funciones protegen al niño de los peligros externos. Si este progreso viene tardío, el niño estará vulnerable y necesitará protección del adulto.
3. La última fase estará caracterizada por la aceptación voluntaria de las reglas de higiene y sanitarias.

#### *F) Desde el egocentrismo al compañerismo*

El desarrollo infantil en este aspecto, se establece de la siguiente secuencia:

1. Existe una perspectiva egoísta y narcisista orientada hacia el mundo objetual en la que otros niños no figuran en lo absoluto o son percibidos como perturbadores en la relación madre-hijo o rivales en el amor de los padres.
2. Se percibe a los otros niños como objetos inanimados y que pueden ser usados según sus estados de humor.
3. Ven a los otros niños como colaboradores para realizar una actividad determinada, la cual tendrá una duración establecida según a la tarea por realizar.
4. Consideran a los otros niños como socios y objetos con derechos propios, a quienes el niño puede llegar a admirar, temer o competir con ellos y amar u odiar.

*G) Desde el cuerpo hacia los juguetes y desde el juego hacia el trabajo*

1. El juego es al principio una actividad que proporciona placer erótico. Se lleva a cabo en el propio cuerpo o en el cuerpo de la madre a través de boca, los dedos, la visión y la total superficie de la piel.
2. Las propiedades del cuerpo de la madre y del niño se transfieren a ciertas sustancias de consistencia suave, que sirven como primer objeto juego, un objeto de transición caracterizado por la libido narcisista como por la objetal.
3. El apego a un objeto de transición específico se desarrolla por juguetes suaves de varios tipos, que como objetos simbólicos le permiten al niño expresar la gama completa de ambivalencia hacia éstos.
4. Los juguetes suaves desaparecen gradualmente, pero siguen facilitando su participación activa en el mundo exterior hasta el retraimiento narcisista necesario para lograr el sueño. Durante el día son reemplazados cada vez más por material de juegos que no posee en sí mismo el estado objetal pero que sirve en las actividades del Yo y a las fantasías subyacentes.
5. La satisfacción directa o desplazada obtenida de la misma actividad lúdica va dejando cada vez más lugar al placer por el producto final de las actividades, descrita como el placer de la tarea cumplida.
6. La capacidad lúdica se convierte en laboral, es decir, los progresos en el desarrollo del Yo y el control de los impulsos necesarios para toda adquisición individual de la capacidad de trabajo al momento en que se adquieren facultades complementarias como son:

- a) El control, la inhibición o modificación de los impulsos para utilizar determinados materiales de manera agresiva o destructiva y emplearlos de forma constructiva y positiva.
- b) Llevar a cabo planes preconcebidos con una mínima relación de ausencia de placer inmediato, las frustraciones que pudieran surgir y el mayor interés por el placer en el desenlace final.
- c) Lograr no sólo la transición desde el placer instintivo primitivo hacia el placer sublimado, junto con un alto grado de neutralización de la energía empleada, sino también la transición desde el principio del placer hacia el sentido de realidad.

Para tener una personalidad armoniosa en el niño que ha alcanzado un nivel específico en la secuencia hacia la madurez emocional, debería haber también logrado los niveles correspondientes en el desarrollo hacia la independencia corporal, en la línea hacia el compañerismo, el juego constructivo, etcétera.

## **Desarrollo psicosexual de Freud**

El ser humano nace con insuficiencias e incapacidades que están relacionadas con una inmadurez biológica y que va desarrollando desde los primeros años de vida a través de las etapas de desarrollo psicosexual. Es así que el ser humano presenta conductas que le permiten alcanzar metas libidinales y agresivas, provenientes de las pulsiones con lo que logrará la meta correspondiente a cada etapa (Padilla, 2009).

Para entender las etapas del desarrollo psicosexual es importante definir algunos, conceptos. Uno de ellos es el de la pulsión; aquí Freud (1905) refiere que las necesidades sexuales en el hombre se expresan en la biología como pulsión sexual.

Lo que se llama pulsión en el hombre es un estado de excitación central, que aparece como una fuerza constante que proviene del propio cuerpo. Las pulsiones determinan y dan instrucciones al aparato psíquico para que se lleve a cabo una determinada conducta, ya sea de manera consciente ó inconsciente (González, 1995).

Otro concepto importante es el objeto de la pulsión que será la cosa por la que la pulsión buscará alcanzar su satisfacción. Por ejemplo, el objetivo de la pulsión hambre será comer y el objetivo de la pulsión sexual será el coito; por lo que el fin de la pulsión será obtener el objeto, el cual puede ser algo animado o inanimado pero que tendrá importancia emocional para la persona (González, 1995).

Además estará la meta sexual que será hacia la cual se esfuerza la pulsión. La meta sexual de la pulsión infantil consiste en producir la satisfacción mediante la

estimulación apropiada de la zona erógena que, de un modo u otro, se ha escogido (Freud, 1905).

### *Etapa oral*

La primera organización sexual pregenital es la oral, en esta etapa la actividad sexual no se ha separado todavía de la nutrición (Freud, 1905). Esta etapa se da entre los 0 y los 18 meses, en los que el recién nacido vive a través de la boca, mediante ésta satisface sus necesidades básicas y afectivas. Es por medio de la zona oral que el bebé se acerca y se aleja de las personas amadas y otros objetos, al mismo tiempo logra incorporar lo bueno y lo malo de la madre (Padilla, 2009).

El niño realiza tres actividades típicas durante esta etapa: la succión del pulgar, el chupeteo y el acto de morder. Es por tal motivo que el contacto con el mundo se produce principalmente a través de la boca, con la cual conoce e identifica los objetos del mundo que lo rodea y, además, obtiene placer (Font, 2006).

En la etapa oral la madre tiene un papel fundamental en las experiencias, ya que ella forma la base para que el bebé construya su realidad. Al mismo tiempo, la boca para el bebé será el centro de adaptación y dominio más eficiente y ésta será a su vez la entrada de estimulación externa o también por la que cerrará el paso a la estimulación ambiental (González, 1995).

En la etapa oral hay dos fases (Padilla, 2009):

- a) Succión (chupeteo): De 0 a 8 meses el niño encuentra satisfacción en su propio cuerpo.
- b) Sádico-oral o canibalística: De 8 a 16 meses el niño quiere masticar y tragar todo lo que esté a su alcance

La experiencia de mamar y alimentarse proporciona el contexto de algunas de las interacciones más tempranas entre la madre y el niño, al formarse huellas mnémicas de sensaciones de placer que quedan en la memoria.

### *Etapa anal*

Se da del año y medio a los tres. En esta etapa la zona erógena más placentera es el ano. Es aquí donde el infante muestra cierta rigidez en su cuerpo y esfuerzos por concentrar su atención en la defecación. Presenta cierta fascinación por sus productos fecales, por el retrete y la observación en el modo de aparición de éstos (Padilla, 2009).

La sensibilidad de niño se orienta a la mucosa anal y al acto de la defecación. En esta etapa aparecerán las primeras prohibiciones y también de los primeros “regalos” que serán las heces y que el niño querrá dar a sus objetos de amor. Sin embargo, también se manifestará la realidad de la limpieza y el control que ejerce el entorno para llevarla a cabo. Es así que el niño aprende que produce algo valioso y que puede tener cierto control con lo que buscará manipular a su madre (Font, 2006).

De igual modo, el niño experimenta placer en la excreción y aprende a aumentar el placer reteniendo las heces y estimulando la mucosa del ano. Las relaciones de objeto se pueden ver impregnadas de significaciones que estarán ligadas a la defecación, así como el valor simbólico de las heces. Aquí el niño se esfuerza por independizarse como un ser diferenciado, sin embargo el control de esfínteres será gradual y pueden existir retrocesos (González, 1995).

Esta etapa comprende dos fases:

- a) Fase anal retentiva: en esta etapa la meta de las conductas libidinales es retener las heces fecales (Padilla, 2009).
- b) Fase anal expulsiva: el niño experimenta bastante placer por el pasaje de las materias fecales por el ano. La expulsión significará la destrucción de éstas.

En la primera fase se quiere retener al objeto para atormentarlo, dominarlo, encerrarlo, deshacerlo y luego defecarlo. Mientras que en la segunda fase se encuentran tendencias sádicas para destruir al objeto: pisotear, aplastar, patear, romper, etcétera.

### *Etapa fálica*

Se da aproximadamente de los tres a los cinco o seis años. Aquí la zona erógena predominante es el pene en el caso de los niños y el clítoris en el caso de las niñas, pero en menor grado. En esta etapa se despierta el interés sexual propiamente dicho y aparece la curiosidad que conduce a una intensa exploración sexual y al descubrimiento de los órganos genitales como fuente de placer (Font, 2006).

La fase fálica se caracteriza porque se da el proceso edípico. La libido evoluciona pasando por la zona genital tanto en hombres como en mujeres. Es en la zona genital donde encontrarán placer considerable y, debido al incremento de la energía libidinal, se produce la masturbación infantil (González, 1995).

Las sensaciones que se obtienen con la masturbación provocan sentimientos agradables generalizados en todo el cuerpo proporcionando fascinación en propio cuerpo y por el de otros. La niña fascinada por los genitales y los pechos de la madre, idealiza ser como ella. El niño idealiza al padre y su pene largo, por lo que

quiere tener uno como ése para él, pero al mismo tiempo existen fantasías ambivalentes que le causa la ansiedad de castración (Padilla, 2009).

En esta etapa se da la situación edípica que quiere decir que el niño varón tiene una preferencia considerable por su madre y desea tener lejos al padre; en el caso de la niña tendrá preferencia por el padre, al tiempo que desea que la madre esté lejos. Estos deseos tanto de la niña como del niño respecto a sus padres, desencadena un gran sentimiento de rivalidad hacia el padre del mismo sexo, principalmente en los hombres (González, 1995).

El niño edípico sentirá un intenso orgullo por su órgano genital, lo que lo lleva a exhibirlo agresivamente. A su vez experimenta sentimientos libidinales hacia su madre, a tal grado que desea ocupar el lugar del padre, situación que le ocasiona fuertes sentimientos de miedo hacia el padre, que es lo que se llama ansiedad de castración, ya que teme que sus deseos lo lleven a ser castrado, por lo que aparece la renuncia del niño al deseo de unirse con la madre real y comienza a identificarse con el padre del mismo sexo (González, 1995).

Al respecto, Font (2006) describe que en la niña la ausencia de pene la percibe como un perjuicio sufrido que intenta negar, compensar o reparar. Por su parte, González (1995) afirma que en virtud de que para la niña el órgano genital no es visible, ésta se sentirá en falta, que ya lo perdió, lo que la hace pensar que ha sido privada de un pene por la madre y al mismo tiempo la niña se sentirá atraída por el padre. Esto provoca que la niña sienta coraje hacia la madre que obedece a la idea de que fue privada del pene y al percibirla como rival. No obstante, pasa de la madre como primer objeto al padre, para posteriormente regresar a la madre e identificarse con ella formando así su identidad femenina.

Esta etapa terminará con la adquisición de la identidad de género, es decir, la conciencia acerca de sí mismo, en relación con la propia individualidad como

hombre o mujer. Ésta es una de las etapas más conflictivas, difíciles y sensibles del desarrollo del ser humano (Font, 2006).

### *Etapas de latencia*

Se da entre los 7 a los 10 ó 12 años de edad. En esta fase no predomina ninguna zona erógena, por lo que es considerada una etapa de tranquilidad. Las inquietudes por la sexualidad no desaparecen sino que surgen otros intereses y preocupaciones; éstos tienen que ver con la parte escolar, el aprendizaje intelectual y las relaciones sociales (Font, 2006). Durante esta etapa la sexualidad tiende a reprimirse para permitir paso al aprendizaje; es la época de aprender a aprender (González, 1995).

Por su parte, Freud define el periodo de latencia como la niñez media; en esta etapa permanecen latentes los impulsos sexuales y los celos. Es así que el niño puede dirigir su energía emocional a las relaciones con sus pares, las actividades creativas y el aprendizaje de las funciones (Craig, 2009).

Con la latencia también va desapareciendo gradualmente la necesidad de sentirse el centro del mundo y comienza el camino de la cooperación, distinguiendo a los demás de uno mismo. En esta edad niños y niñas comienzan a tener conciencia de su masculinidad o su femineidad, a través de lo que observan en el mundo adulto (Font, 2006).

### *Etapa genital*

Es preciso mencionar que durante la fase genital se ha logrado renunciar al deseo del incesto y al de eliminar al padre o a la madre; los intereses genitales se han transferido a un objeto heterosexual que no es el de incesto y que ocupa su lugar. La meta sexual más importante en esta etapa será el acto sexual (González, 1995).

Es durante esta fase cuando se empiezan a producir los primeros cambios fisiológicos y psicológicos propios de la pubertad. Asimismo, se dará cierta inestabilidad afectiva, así como reacciones contradictorias y tendrán dificultad en comprenderse a sí mismos. La manera de relacionarse en esta edad estará determinada por las edades anteriores.

### **La función materna**

En referencia a la función materna, Winnicott (1960) habla de que en la relación de la madre con el hijo existen dos clases de la identificación: la de la madre con su hijo y el estado de identificación de éste con la madre. En la madre se da la identificación desde el embarazo, cuando asocia al niño con la imagen de un objeto interno, un objeto que la madre ha imaginado.

Es así que el bebé puede significar otras cosas para la fantasía inconsciente de la madre, pero lo más trascendental será la disposición y la capacidad que tenga la madre para dejar a un lado todos sus intereses y centrarse en el bebé, lo que se llama “preocupación materna primaria” (Winnicott, 1960).

Ahora bien, existen también dos tipos de trastornos maternos: por un lado está la madre que sus intereses personales son demasiado compulsivos como para

abandonarlos por el bebé y, por otro lado, está la madre quien se encuentra constantemente preocupada por algo, convirtiendo al hijo en una preocupación patológica.

Si la actitud de la madre no es lo bastante buena, el niño se convertirá en un conjunto de reacciones frente a los choques, lo que traerá como consecuencia que el *self* del niño no se forme o quede oculto en una falso *self*. El que el niño tenga un Yo fuerte o débil dependerá de la capacidad con la que cuente la madre para servir como apoyo al Yo del niño, ya que el Yo de la madre estará sintonizado con el de su hijo.

Si la díada madre-bebé funciona bien, el Yo del niño será fuerte; este Yo reforzado dará la capacidad de organizar defensas y será el real, ya que la madre logra identificarse con su bebé, quiere y puede proporcionarle apoyo en el momento preciso en el que aquel lo requiere.

Es así que la madre suficientemente buena cumple con tres funciones en las primeras etapas de vida de su hijo:

- I. Sostenimiento (*holding*): la manera en que la madre toma en brazos al bebé estará relacionada con la capacidad para identificarse con él, ya que sostenerlo de manera apropiada constituye un factor básico de cuidado.
- II. Manipulación: esto contribuye a que se desarrolle en el niño una asociación psicosomática que le permitirá percibir lo “real” como contrario a lo “irreal”. Si hay deficiencia en la manipulación delimitará contra el desarrollo del tono muscular y la coordinación, así como la capacidad del niño para disfrutar de la experiencia del funcionamiento corporal y la experiencia de ser.
- III. Mostración de objetos: tiene que ver con hacer real el impulso creativo del niño, promoviendo la capacidad de relacionarse con objetos. Si existen fallas

en esto, se bloqueará el desarrollo de la capacidad para sentirse real al relacionarse con el mundo concreto de los objetos y los fenómenos.

### **Desarrollo cognoscitivo**

En cuanto al desarrollo cognoscitivo, la teoría de Piaget marca la transición del pensamiento preoperacional al pensamiento operacional concreto, que se da entre los cinco y los siete años. Cuando llegan a la etapa de las operaciones concretas, pueden hacer hipótesis sobre el mundo que los rodea (Craig, 2009).

El desarrollo de la moral, según Piaget, se relaciona con la maduración cognoscitiva y ésta ocurre a medida que el niño avanza de un pensamiento rígido a uno más flexible (Papalia, Wendkos & Duskin, 2010). Los niños escolares aprenden a leer y escribir, es decir, formas de comunicación simbólica que les permiten relacionar el mundo externo con sus pensamientos y sentimientos (Craig, 2009).

De esa manera, el desarrollo cognoscitivo en la latencia posibilita que el niño desarrolle conceptos más complejos de sí mismo, conjuntamente mejora la comprensión y el control emocional. También es capaz de comparar su Yo real con su Yo ideal, lo que contribuye a consolidar el desarrollo de su autoestima (Papalia et al., 2010).

En esta etapa se forman imágenes más estables acerca de ellos mismos y como resultado su autoestima se vuelve más realista. Conforme vaya creciendo el niño formará imágenes más complejas de las características físicas, intelectuales y de su personalidad (Craig, 2009).

Una vez que ya se han entendido las etapas de desarrollo por la cual atraviesa el niño y dado el tema del presente trabajo, es importante definir la problemática del abuso sexual infantil para comprender el trabajo que se realizó. Asimismo,

considerando la forma en que se lleva a cabo el desarrollo psicológico en la infancia, se considera relevante conocer un poco acerca de la etapa de la adolescencia.

## **Adolescencia**

El término adolescencia designa comúnmente el período de la vida de la persona en donde todavía no posee ni un cuerpo ni una mente bien definida y que aún no logra la autonomía en la organización de su existencia (Nardone, Giannotti & Rocchi, 2003).

La adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. Empieza al llegar la pubertad, en donde se da un rápido crecimiento físico y cambios psicológicos que permiten la madurez sexual (Papalia, 1998). Sobre el tema, González (2002) sostiene que es un estadio trascendente en la vida del sujeto debido a que es una etapa en la cual se define la identidad afectiva, psicológica y social.

En relación con esta etapa, Delval (2007) señala que desde la teoría psicoanalítica, se parte desde el brote pulsional que se produce como resultado de la pubertad y que altera el equilibrio psíquico que se alcanza en la infancia lo que puede causar que se presente desajustes. Peter Blos (1970) refiere que ciertas configuraciones conflictuales en la niñez temprana, vuelven a experimentarse y organizarse durante la adolescencia.

Dentro de la adolescencia existe una falta de estabilidad en las manifestaciones de la conducta social. En esta etapa se tiende a ser multifacéticos, existiendo cierta polaridad en su personalidad, y las manifestaciones conductuales se esfuerzan por dominar a las demás que ayudarán a construir aspectos definitivos de la personalidad (González, 2002). Del mismo modo, en esta etapa se da un despertar

en la sexualidad ocasionando la búsqueda de objetos amorosos fuera del entorno familiar, replanteando los lazos con los padres así como las relaciones con éstos (Delval, 2003).

## **Autoestima**

La familia constituye el primer contexto de formación de la autoestima y de particular influencia en las primeras etapas del desarrollo humano. En este sentido, la autoestima es la valoración —de fuerte connotación afectiva— que la persona atribuye a la descripción de sus características; es en sí, una respuesta emocional que se experimenta al contemplar y evaluar diferentes aspectos de uno mismo (Vargas y Oros, 2011).

Aunque son múltiples los factores que afectan el desarrollo de los niños y niñas, es importante identificar la influencia de la familia y de los estilos y prácticas de crianza en el desarrollo socioafectivo (Cuervo, 2010). Se ha descubierto que cuanto más elevada sea la autoestima, menor es el autoritarismo y mayores los estilos, equilibrado y permisivo, que perciben los hijos (García y Román, 2005).

La aceptación y la interacción maternal es un predictor significativo para la autoestima en los niños. En este sentido, los tipos de crianza autoritativa están relacionados con resultados positivos de los niños en la autoestima y el rendimiento escolar. Mientras que los padres autoritarios (por ejemplo, inconsistentes y hostiles) están relacionados con resultados negativos en el niño (Ruiz, Rosa & González, 2002).

Otros estudios han demostrado que el control de la conducta de los hijos es una de las variables que tiene una gran influencia en la competencia social adecuada de los niños, en donde se relaciona la adaptación, las habilidades sociales y la

autoestima, lo cual se ve influenciado por el contexto donde el sujeto está inmerso (Pichardo, Justicia & Fernández, 2009). Se ha visto que una crianza democrática por parte de ambos padres, se relaciona con una mayor autoestima y satisfacción con la vida en los adolescentes (Milevsky & Schlechter, 2006).

Las prácticas de crianza fundamentadas en la expresión negativa de afectos y en la utilización de castigos continuos, características de los estilos educativos autoritarios, se han asociado con un inadecuado desarrollo personal y social de los hijos (Pichardo et al., 2009).

En un estudio sobre los estilos de crianza y la autoestima en adolescentes, se llegó a la conclusión de que los estilos autoritativos o equilibrados favorecen valores de autoestima más elevados que los estilos autoritarios, negligentes, indulgentes y permisivos (Martínez & García, 2007). De igual modo se ha encontrado que el apoyo del padre y de la madre muestra una relación positiva con la autoestima escolar y familiar, lo que influye en el comportamiento de los niños y adolescentes (Martínez, Murgui, Musitu & Monreal, 2008).

Otra investigación expone que existe una fuerte relación entre el apoyo parental y la autoestima de los adolescentes. En las familias donde el apoyo parental es alto, existen niveles altos de autoestima en sus hijos y una positiva percepción de sí mismos, en comparación con las familias en que existe menos apoyo parental (Parker & Benson, 2004).

### **Abuso sexual y negligencia**

#### *Epidemiología*

El abuso sexual infantil es un problema mundial debido a que está presente, de una u otra forma, en todas las culturas y sociedades, y que, además, constituye un complejo fenómeno, como resultado de una combinación de factores individuales, familiares y sociales (Echeburúa, 2009).

En relación con el crecimiento de esta problemática, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula, de acuerdo con su investigación, que anualmente alrededor de 73 millones de niños y 150 millones de niñas menores de 18 años enfrentan algún tipo de violencia sexual en el mundo. Este organismo mundial afirma que un 80 % de niños y niñas reportan haber sufrido abuso sexual antes de los 12 años, tanto por parte de los padres, familiares o conocidos. El hogar que supone ser un espacio de protección, se convierte en una zona de más riesgo (Marchetti & Mojarro, 2006).

Para validar su crecimiento exponencial de este fenómeno de estudio, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reportó en 2003, un total de 27 mil 301 niños y niñas maltratados; de los cuales 1 255 se registró violentados por abuso sexual con una tasa de 4.6% (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2010).

### *Definición*

Aún cuando este problema de abuso sexual se ha definido desde diversas aristas, sociales, políticas y culturales, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha determinado específicamente que el abuso sexual como todo acto en el que una persona, en una relación de poder (entendiéndose ésta como aquella que nace una diferencia de fuerza, edad, conocimiento o autoridad entre la víctima y el ofensor) en donde se involucra a un o a una menor en una actividad de contenido sexual que

propicia su victimización y de la que el ofensor obtiene gratificación (Mojarro & Marchetti, 2006).

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) determina al abuso sexual como cualquier tipo de contacto sexual con un/a menor por parte de un familiar o cualquier adulto. Esta violencia las personas la ejercen con el objetivo de obtener su excitación o gratificación sexual. Éste puede variar desde la exhibición de los genitales, los tocamientos corporales, insinuaciones, hasta la violación física.

Correspondiente con estas definiciones, Azaola (2010) argumenta que el abuso sexual ocurre entre un niño y un adulto involucrando la explotación sexual del niño o niña, o asimismo sirve para gratificar o estimular sexualmente al adulto. Como se observa, el abuso sexual abarca un amplio rango de comportamientos que pueden incluir o no los contactos sexuales.

### *Consecuencias*

En referencia con las repercusiones o secuelas físicas y mentales que traen consigo esta tipificación de violencia, Azaola (2010) hace alusión de que existe un número significativo de efectos que alteran o trastornan el funcionamiento del niño y la niña a corto plazo. Este especialista, del mismo modo asegura que los menores experimentan más el síndrome de estrés postraumático, cuyos síntomas conllevan tres situaciones como lo son:

1. Revivir el evento traumático
2. Negación de éste o de hechos asociados con él
3. Hiperactividad psicológica.

Si estas sintomatologías no se atienden de manera adecuada y oportuna puede llegar a convertirse en un problema crónico. Dentro de sus secuelas, se dice que existen niños que reaccionan emocionalmente y son afectados por la depresión y ansiedad. En tanto otros desarrollan comportamientos sexualizados; es decir, comportamientos como masturbación, tocamientos, entre otros, además de problemas generales de comportamiento, baja autoestima y conductas disruptivas (Azaola, 2010).

Las relaciones familiares se ven afectadas por una serie de sentimientos encontrados. La víctima puede llegar a responsabilizar a las figuras cercanas por no haberse percatado de la situación abusiva y no haberla protegido. Al mismo tiempo, los cuidadores pueden llegar a tener sentimientos de culpa y fracaso por no haber protegido al niño (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

Por último, cabe manifestar que se presenta una variedad de factores que pueden contribuir en el incremento o disminución de la angustia provocada u originada por el abuso. Estos factores se vinculan al tipo de abuso, así como las características del niño y las del ambiente donde se desarrolla. De igual manera influye el ambiente donde se desarrolla el niño/a, ya que si encuentra mayor apoyo y comprensión por parte de otros familiares, pueden enfrentar mejor las situaciones de abuso.

### *Prevención*

Al niño hay que dotarle de estrategias adecuadas para evitar posibles situaciones de agresión y, en todo caso, de las habilidades necesarias para informar de su ocurrencia (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

Pautas urgentes de actuación ante el abuso son:

- 1) Garantizar la terminación de los abusos sexuales y la separación física entre la víctima y el agresor.

- 2) Capacitar a la víctima para reportar de manera inmediata episodios posteriores de abuso.
- 3) Enseñar a la víctima a identificar y comprender su propia sexualidad y la del adulto de una forma sencilla y objetiva.
- 4) Darle los elementos para que logre reconocer el acercamiento de un adulto cuando tiene una intencionalidad erótica.
- 5) Que aprenda técnicas de evitación de situaciones que suponen un claro riesgo de abusos sexuales, según las experiencias pasadas.
- 6) Enseñar al niño modos eficaces para rechazar peticiones no deseadas en el ámbito erótico.

Con la finalidad de proteger a las niñas, se deben dar los conocimientos, las habilidades y la confianza que ellas necesitan, a fin de poder rechazar a las personas que traten de aprovecharse de ellas. Para una adecuada prevención es importante hablar de “factores de protección”. Entre estos factores se encuentran:

- Generar un ambiente de confianza donde se sientan libres de expresar sus acuerdos y desacuerdos.
- Aprender a escucharlos y a “conectarse” con sus inquietudes.
- No fomentar la obediencia como forma de relacionarse con las personas adultas.
- Habilitarlos para que aprendan a solucionar problemas de la vida diaria.

Dentro del tratamiento se menciona que es importante que el terapeuta proporcione al niño estrategias específicas de afrontamiento, como enseñar al menor a identificar y comprender su propia sexualidad y la del adulto de una forma sencilla y objetiva, conocimiento y autocuidado de su cuerpo o también darle pautas precisas de cuando el acercamiento de un adulto tiene intención de abuso, así como formas de evitar situaciones de riesgo. Para prevenir que se

repita el suceso, es necesario enseñar al niño a distinguir cuando se trata de abuso sexual, al mismo tiempo debe identificar determinadas situaciones que lo pongan en riesgo y a poner en práctica las estrategias de afrontamiento (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011). En el siguiente capítulo se aborda el significado que tiene la familia y el contexto que influye en el desarrollo del menor en riesgo.

## **CAPÍTULO II. CONTEXTO Y FAMILIA**

### **Concepto de familia**

Para ir deshebrando el tema de la familia, Valdivia (2008) explica que durante los últimos años los cambios en la familia han sido los más profundos; la familia tradicional ha cambiado y actualmente existe un gran número de modelos que alteran los parámetros que se tenían en relación con la vida familiar.

La importancia de la familia radica en lo mencionado por Sánchez (2008) cuando expresa que la familia ha sido a lo largo del tiempo el núcleo imprescindible para el desarrollo del hombre, ya que depende de ella para su desarrollo y su crecimiento, debido a que provee satisfacción de las necesidades básicas.

En este sentido, Minuchin (2004) complementa que la familia constituye un grupo social natural, donde orienta las respuestas de sus miembros a través de estímulos internos y externos. Asimismo, su organización y estructura están determinadas por estas respuestas, y éstas a su vez tamizan y califican la experiencia de los miembros de ésta.

Para Garibay (2013) la familia de origen es la que contribuye con los elementos biopsicosociales, ya que éste el primer contexto del ser humano. Al ser el contexto inmediato del individuo, la familia concede las raíces principales de la personalidad, la cual se verá reflejada en la familia, la cultura y la sociedad.

De acuerdo con Eguiluz (2003) la familia es vista como un sistema abierto, constituido por varios subsistemas ligados entre sí por reglas de comportamiento; cada parte del sistema se comporta como una unidad diferenciada, al mismo tiempo que influye y es influida por otras que forman el sistema.

Por tanto, la familia debe ser capaz de responder a cambios internos y externos del hijo y, al mismo tiempo, transformarse de modo tal que le permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros. De lo anterior se menciona lo siguiente:

*Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse (Estrada, 2012, p. 134).*

El individuo que vive en el núcleo de una familia debe adaptarse a un sistema social al ser miembro de éste. De esa forma, sus acciones se encuentran regidas por las características del sistema, y éstas incluyen los efectos de sus propias acciones pasadas (Minuchin, 2004).

Por otro lado, Garibay (2013) apunta que las relaciones establecidas dentro de las características particulares de cada familia, así como las características de cada sujeto, dependerá el tipo de individuo que se forme. Por su parte, Eguiluz (2003) asevera que la familia actúa como un sistema relacional que va a conectar al individuo con la sociedad. Asimismo, la familia forma parte de un grupo social con una historia compartida de interacciones.

Mientras que, para Minuchin (2004), la familia es una unidad social que responde a tareas de acuerdo con el desarrollo y éstas serán distintas en función de las diferencias culturales y las raíces universales. Razón por la que la familia va sufriendo cambios paralelos a los de la sociedad.

Es preciso manifestar que uno de estos cambios dentro de la familia es la renuncia a la socialización dentro de la familia que los niños realizan a una edad cada vez más temprana. Cuando la familia deja de ocuparse de sus hijos, los deja a cargo de sistemas de apoyo inapropiados (Minuchin, 2004).

Añade Minuchin (citado en, Eguiluz, 2003) que la familia puede verse como un sistema que opera dentro de otros sistemas más amplios y tiene tres características: a) su estructura es la de un sistema sociocultural abierto, siempre en proceso de transformación; b) se desarrolla en una serie de etapas marcadas por crisis que la obligan a modificar su estructura, sin perder por ello su identidad, y c) es capaz de adaptarse a las circunstancias cambiantes del entorno modificando sus reglas y comportamientos para acoplarse a las demandas externas.

La familia puede funcionar como un agente organizador de la experiencia, guía para la exploración, desarrollo, mantenimiento y modificación de conductas, así como aprendizaje para sus miembros. Entre las múltiples interacciones que se producen, cada sistema familiar tiende a organizarse en torno a aquel que les sea más útil para el mantenimiento de la unidad familiar y a crear relaciones permanentes (Nardone, 2003).

### **Estructura familiar**

La estructura familiar se define como el conjunto de demandas funcionales que organizan los modos de interacción de los miembros de una familia. El sistema familiar se separa internamente y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas que están formados por los individuos situados en el interior de una familia. Los subsistemas tienden a ser formados por generación, sexo, interés o función (Estrada, 2012).

Con base en esta temática, Minuchin (2004) establece tres subsistemas:

A) Conyugal: que se da cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir una familia. Posee tareas o funciones específicas para que la familia funcione.

B) Parental: al nacer el primogénito se forma un nuevo nivel familiar. Se establece un límite que permite que el niño tenga acceso a sus padres pero sin excluir las relaciones conyugales.

C) Fraternal: es el primer acercamiento social en el que los niños pueden desarrollar sus primeras relaciones con pares. Aquí aprenden a negociar, cooperar y competir.

La familia, entonces, es un grupo donde se instituyen pautas de interacción, las cuales forman la estructura familiar, que al mismo tiempo rige el comportamiento. Dentro de la familia pueden existir tres subsistemas, marcados por el autor Minuchin: el marital, el de padres e hijos y el de los hermanos. Cada uno tiene un papel dentro de la familia a la que hace funcionar y que además se necesitan unos a los otros, pues es aquí donde uno va aprendiendo cómo se va a desenvolver en la sociedad (Estrada, 2012).

En este sentido, Minuchin (2004) subraya que la familia puede ser en sí un elemento de salud, pero al mismo tiempo ser origen y causa del problema. La familia es vista como una unidad de personalidades que interactúan y forman un sistema de emociones y necesidades conectadas entre sí. Es decir, desde antes de que se forme una nueva familia, cada uno de los padres ya viene de otro núcleo familiar, con su propio lenguaje y sus propias características, lo que unen para formar un nuevo sistema, sin dejar atrás lo que cada uno trae y con lo que le formarán a los nuevos miembros de la familia.

## **Tipos de familia**

Existe una gran diversidad en las formas familiares actuales (Estévez, 2010):

- *La familia nuclear*: formada por dos cónyuges unidos en matrimonio y sus hijos.
- *Cohabitación*: convivencia unida por una pareja adherida por lazos afectivos, pero sin el vínculo legal del matrimonio.
- *Hogares unipersonales*: compuestos por una sola persona, generalmente jóvenes solteros, adultos separados o divorciados.
- *Familias monoparentales*: constituidas por un padre o una madre que no convive con una pareja y que vive al menos con un hijo menor o mayor de 18 años.
- *Familias reconstituidas*: familia que, después de una separación, rehace con el padre o madre que tiene a su cargo los hijos y un nuevo cónyuge que puede aportar o no con hijos propios.

Al mismo tiempo, en otro de sus textos, Minuchin y Fischman (2004) distinguen que las familias pueden estar conformadas de la siguiente manera:

- *Familias de tres generaciones*: la familia extensa con varias generaciones que viven en íntima relación es probablemente la configuración familiar más típica en todo el mundo. La configuración de la familia extensa aloja en la multiplicidad de sus generaciones la posibilidad de una especialización funcional.
- Son muchas las formas de familia de tres generaciones, desde la combinación de progenitor soltero, abuelo, niño, hasta la compleja red de vastos sistemas de parentesco que no necesitan estar alojados en un mismo domicilio para ejercer notable influjo.
- En ciertas familias extensas desorganizadas, es posible que los adultos funcionen de un modo desapegado. En esos casos determinadas funciones ejecutivas, incluida la crianza de los niños, pueden quedar mal definidas y caer en huecos de la estructura.

- *Familias con soporte*: cuando existen familias grandes, se delega la autoridad. Cuando son muchos los niños en un hogar, por lo común uno de ellos, y a veces varios de los mayores, reciben responsabilidades parentales, tomando sobre sí funciones de crianza de los demás niños, como representantes de los padres (Minuchin & Fischman, 2004).

Cuando se toca el punto de familia es importante analizar cómo está constituida para poder entenderla de la manera adecuada, conocer sus orígenes y así relacionar la problemática.

### **Estilos parentales**

Por lo que corresponde a los estilos parentales, Nardone (2003) expone que el origen de los problemas reside no sólo en los individuos, sino en la calidad de las relaciones que éstos crean y hacen evolucionar en sus propios contextos de pertenencia, así como en la forma de interacción que establezca con los otros y con el entorno. Diferencia una serie de modelos de organización de las relaciones entre padres e hijos que aparecen en esta misma constitución de problemas:

*Hiperprotector*: consideran a los hijos frágiles y se ponen en el lugar de ellos.

*Democrático-permisivo*: existe una falta de autoridad y los padres se vuelven amigos de sus hijos.

*Sacrificante*: los padres anteponen las necesidades de sus hijos a las suyas sacrificándose constantemente para dar el máximo por sus hijos y viceversa.

*Intermitente*: los miembros de la familia estarán oscilando de un modelo a otro con interacciones ambivalentes.

*Delegante*: Los padres no asumen su papel de guía y se lo asignan a alguien más, el hijo no cuenta con ellos.

Autoritario: Los padres ejercen el poder de forma rígida, se da la autoridad al más fuerte y será el que manda.

Como ya se ha mencionado, la forma de relacionarse que tengan los padres con sus hijos determinará mucho la manera en que el menor se enfrenta con el mundo. Herman y McHale (1993, citados en Richaud, 2005) encontraron que la calidez y la intimidad de parte de los padres se relacionaba con un mayor intercambio verbal de los niños con sus padres y con un mejor uso de estrategias de acción sobre el problema.

Uno de los mayores recursos con los que puede contar el niño, está basado en la percepción de una relación contenedora de parte de sus padres. De ahí la importancia del desarrollo de un adecuado estilo parental y de que éste sea percibido como tal por el niño.

En relación con este asunto, Darling y Steinberg (1993) definieron los estilos parentales como una constelación de actitudes hacia el niño que le son comunicadas y que, tomadas en conjunto, crean un clima emocional en el cual son expresadas las conductas de los padres.

### **Prácticas parentales**

Diversos estudios ponen de manifiesto la relevancia de las prácticas parentales en el desarrollo cognitivo, emocional y socioafectivo de niños y adolescentes (Andrade & Betancourt, 2009). Por su parte, las prácticas parentales se consideran aquellas conductas y acciones parentales que están orientadas al logro de objetivos específicos. Se integran en función de las metas de crianza y los resultados obtenidos en las conductas de los hijos e hijas (Zacarías, 2014).

Las prácticas son conductas específicas que los padres utilizan para facilitar la socialización de sus hijos. Tales prácticas se clasifican en apoyo, control conductual y control psicológico (Andrade & Betancourt, 2012).

Para Barber y Harmon (2001, citados en Andrade & Betancourt, 2009) el control psicológico lo definen como las conductas de los padres que son intrusivas y manipulan tanto pensamientos como sentimientos de los niños. De ese modo, el control conductual se refiere a las prácticas de los padres que regulan la conducta de los niños a través de la guía y la supervisión (Andrade & Betancourt, 2009).

Finalmente, el apoyo se vincula con la calidez de la relación padres e hijos e involucra a través de conductas físicas y emocionalmente afectivas, así como con la aprobación y cuidado de los hijos, comunicación y apoyo en situaciones difíciles (Andrade & Betancourt, 2012).

### **Evaluación del contexto familiar**

En virtud de lo revisado hasta ahora, resulta en verdad imprescindible evaluar la incidencia de la familia en el abuso sexual en los menores. En lo que corresponde a este punto Arruabarrena y De Paúl (1999) mencionan lo siguiente:

*Los aspectos de la familias sobre los que se ha de recabar información en el proceso de evaluación diagnóstica son: estructura y composición familiar, ciclo vital en el que se encuentra la familia, contexto socioeconómico-cultural, características y funcionamiento individual de los padres y de los niños, relaciones familiares, características de la conducta, relaciones sociales, situaciones estresantes para la familia, contacto de la familia con los servicios sociales, conciencia del problema y motivación al cambio (Arruabarrena & De Paúl, 1999, p.119-126)*

Además se observa que tratar de evaluar el ambiente familiar resulta en múltiples ocasiones complejo, dado que “a falta de colaboración de los padres, bien por un

intento de ocultar el incidente, o por no entender esa conducta como maltratante, sobre todo cuando la familia presenta factores de riesgo como la pobreza, la salud mental, otras formas de violencia intrafamiliar, entre otros” (Manly, 2005). De ahí que es importante que se considere el ambiente familiar como un elemento significativo en los riesgos de abuso sexual.

### **Ambiente familiar disfuncional**

Se ha establecido que el ambiente familiar disfuncional genera problemas psicológicos a largo plazo en sobrevivientes de experiencias abusivas (Nash, Hulseley, Sexton, Harralson & Lambert, 1993). Al respecto, Besten (1997) señala las características típicas de éstas, donde conviene mencionar “familias aglutinadas, cerradas en sí misma, poco permeables a las influencias externas, socialmente aisladas, estructura patriarcal rígida, madre sometida, madre soltera, comunicación deficiente entre los miembros de la unidad familiar o consumo de sustancias.

De igual forma, los cambios que se producen en el contexto familiar se presentan de diversas formas, desde los más elementales, considerados normales, hasta las formas más crueles, como es el caso del abuso sexual. Este último, particularmente, deriva en una disfunción y modifica toda la estructura familiar, y con ello, el desarrollo integral de sus miembros. Se observa que muchos de los ambientes familiares del menor violentado/a sexualmente, se caracterizan por la presencia de la violencia intrafamiliar, el maltrato, y la agresión física y psicológica. En relación con el abuso sexual Pinto (1999) describe ciertos aspectos que conciernen directamente a la estructura de estas familias:

*El abuso sexual y la violación en la familia por miembros del núcleo familiar en la niñez, la complicidad de las madres que con su silencio no los protegió, la iniciación sexual temprana con compañeros que de alguna manera también los violentaron por sus consecuencias negativas, impulsan a los niños(as) a salir del hogar y caer en la droga, la delincuencia y/o la explotación sexual (Pinto, 1999, p.31).*

Para Minuchin y Fishman (1984):

*El enfoque estructural de la familia se basa en el concepto de que una familia, no se reduce a los aspectos biopsicodinámicos individuales de sus miembros. Los miembros de una familia se relacionan de acuerdo con las disposiciones que gobiernan sus transacciones. Estas disposiciones, aunque por lo general no son establecidas en forma explícita, construyen un todo: la estructura familiar. (Minuchin & Fishman 1984, p.14)*

Con esta reflexión, se subraya que las relaciones se desarrollan a través de reglas que prevalecen en las familias. De esa manera se construyen las pautas de interacción que, al mismo tiempo, establecen la estructura familiar que designa los roles de sus miembros. Al estudiar familias maltratadoras y no maltratadoras Abarza (2000) descubrió que las familias abusivas sexualmente tendrían más dificultades en controlar la rabia, evidenciarían más caos y menos claridad en la definición de roles, y dependerían menos de estrategias relacionales adaptativas y flexibles.

En tal situación, se detecta que en general las familias disfuncionales tienden a caracterizarse por tener una comunicación deficiente o nula entre sus integrantes; asimismo se ejerce con frecuencia un control nocivo, a la vez que los menores carecen de supervisión parental. Además se señala que existe un mínimo apoyo entre todos sus miembros, pues “la mayoría tienen un bajo nivel cultural y socioeconómico, siendo familias con muchos hijos (Borum, 2000, Fernández Ríos & Rodríguez, 2002, Rutter, Giller & Hagell, 1998, Sijos, 2003). Por otra parte, es particular, en algunos casos, el rechazo y abandono de los padres, la ausencia de supervisión y de pautas educativas, y que se trate de familias numerosas y desorganizadas (Farrington & Loeber, 1999, Sijos, 2003).

### **Socialización en la familia**

Al hablar de socialización no puede resultar extraño que esté relacionada estrechamente con el estilo parental o el estado emocional de la familia. Más bien

se refiere a las actitudes que se originan hacia el hijo por parte de los padres. Tales conductas comprenden las prácticas parentales en las que se halla el apoyo y el control. Es decir, la socialización familiar alude al conjunto de procesos relacionales que se generan en el sistema familiar y que detentan como propósito el transferir a los hijos un sistema de valores, creencias y normas.

Con todo, este proceso no concluye en la niñez, sino que continúa hasta la adolescencia (Musitu, 2002). Precisamente durante esta etapa el grupo de iguales se convierte en un poderoso referente para los hijos en el proceso de socialización (Fernández Ríos & Rodríguez, 2002), que puede llegar a desorganizar las pautas establecidas en la familia y, con ello, caer en conductas de riesgo. Por lo mismo, surgen los comportamientos ilegales e infractores (violencia, conductas delictivas, consumo de sustancias, conducta sexual de riesgo...) que atentan tanto contra el orden social como contra los propios adolescentes (Kazdin & Buela-Casal, 1997, Musitu, 2002).

De esa manera, la familia, es considerada un sistema relacional en el que una unidad que enfrenta un cambio en su estado ha sido perturbada por otra unidad y, también, provocará el cambio de otra con la que está vinculado. Según la teoría de sistemas (Bertalanffy, 1976) todo organismo es un sistema, o sea, un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas. Así, la familia es como un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí, que se regula a través de reglas y que desempeña funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior (Andolfi, 1997, Eguiluz, 2003, Kazdin & Buela-Casal, 1997).

Con otras palabras, al ser un sistema abierto, la familia ajusta y cambia su estructura cuando entra en contacto con el sistema social en que participa (escuela, ámbito laboral, vecinos, coetáneos), pues en ella influyen sus reglas, valores, creencias y

costumbres provocando modificaciones en la unidad. Esta unidad incide en los sistemas más amplios de su entorno a través de las normas, valores y, en general, de su sistema de creencias. (Andolfi, 1997, Eguiluz, 2003, Gracia & Musitu, 2000,).

Ante los factores familiares que influyen en la conducta del menor abusado sexualmente, se hace necesario el uso de técnicas que coadyuven a tratar y superar esta experiencia. Para ello a continuación se abordará la importancia de la terapia narrativa como forma de acompañamiento centrada en reducir la influencia del problema en la vida de las personas, tal es el caso de F.

## CAPÍTULO III. ENFOQUES TERAPÉUTICOS

### Terapia narrativa

Para la intervención de este caso de estudio, se utilizó la técnica de juego libre con enfoque narrativo. El término narrativa implica escuchar y contar o volver a contar historias sobre las personas y los problemas de su vida. Las conversaciones pueden configurar realidades nuevas; los puentes de significado que se construyen con los niños ayudan a que se produzcan avances curativos que resultan favorables (Freeman, Epston & Lobovis, 2001).

De manera adicional, las opciones se configuran en gran medida por los significados que se atribuyen a los acontecimientos y alternativas que se consideran. La terapia narrativa emplea, como se ha dicho, una práctica lingüística llamada exteriorización, que separa a las personas de los problemas. En otras palabras, separar el problema de la persona en una conversación exteriorizadora (hacia afuera) mitiga la presión de la culpa y el recelo.

Dentro de la terapia narrativa se busca proporcionar al cliente alternativas, abrir nuevos cursos de acción en la realidad con lo que hubiera podido ser o con lo que puede ser (García, 2012). Smith (1997) enuncia que todos son ricos en "experiencia vivida". A partir de la infancia, se empieza a dar sentido a estas experiencias organizándolos en las narrativas o historias sobre nosotros mismos y nuestras relaciones. Se interpreta la vida a partir de estas historias.

Lo lúdico entra en la terapia familiar cuando se narra la relación entre un niño y un problema. El juego incita al niño a aportar sus recursos para influir en los problemas, además alejan el centro de atención del niño como problema, para fijarlo en la relación entre niño y problema de una forma que sea significativa para los adultos

(Freeman et al., 2001). Se ve que en el caso del sujeto de estudio también orillaría a través de los juegos a dejar entrever sus emociones.

En la terapia narrativa existe una perspectiva en el relato de las historias que se llama *historia saturada del problema*. Al respecto, Epston y White (1997) explican que cuando llegan a terapia, la familia está obsesionada por el problema, por lo que sus historias se saturan de éste, limitando las perspectivas, elimina los hilos de esperanza así como los significados positivos (Freeman et al., 2001).

Con esta idea Smith (1997) amplía la idea a decir que en el caso de niños abusados, las historias que están saturadas del problema no ayudan a ver competencias ni cualidades que pueden ayudarlos a sobreponerse. Cuando se les ayuda a separar el problema de la persona, es más fácil que encuentren experiencias de validación en el pasado y presente.

Por su parte, White y Epston (1993) coinciden en que “el problema es el problema, la persona no es el problema”. Además los autores citados exponen que cuando una historia describe a la persona configura desfavorablemente los pensamientos y las conductas, ya que al volcarse por completo en la problemática, la parte negativa se va volviendo más difícil de tratar.

En esta misma tesitura, Smith (1997) arguye que es importante comenzar a conocer a los niños y adolescentes antes de hablar del problema. Preguntarles sobre sus gustos, independientemente del problema que presente, esto ayuda a la posterior externalización del problema.

Añaden White y Epston (1993) que la exteriorización es un abordaje terapéutico que permite a las personas cosificar o personificar los problemas, donde éstos se vuelven una entidad separada de la persona. Al mismo tiempo, la externalización

abre la posibilidad de describirse a sí mismo y a sus relaciones desde una nueva perspectiva.

En el trabajo con niños, cuando se les pide que externalicen el problema, lo pueden hacer en palabras o en acciones (dibujo, imagen, escultura, etc.). No se les pide que se reviva el evento, dando detalles sobre lo que sucedió. Esto sólo fomenta sentimientos de impotencia y poca competencia (Smith, 1997).

El mismo Smith (1997) aclara que el no hablar sobre los detalles y revivir la experiencia no significa que no se pueda validar. Se habla sobre la experiencia de abuso como algo que sucedió en el pasado, que genera conflictos o malestar en el presente, pero que no va a estar presente en el futuro ni causar más daño. En consideración con el tema, White y Epston (1993) también indican que la externalización del problema va a permitir a las personas separarse de los relatos dominantes que han estado dando forma a sus vidas y sus relaciones.

Una vez que están externalizados los efectos del abuso en el presente, se realizan preguntas sobre el pasado y el presente para detectar conductas positivas, no obstante el abuso. El que el niño pueda conocer aspectos positivos de sí mismo a pesar de la experiencia de abuso, fomenta el autoconocimiento (Smith, 1997).

Dentro de la narrativa, Freeman et al. (2001) habla de las historias alternativas en donde se refleja la forma en que prefieren que se les conozca, ya que se desarrolla una visión alternativa que contrasta con la imagen problemática del niño y de la familia.

Otra manera de trabajar el abuso sexual dentro de la terapia narrativa el abuso sexual, es tratando de poner en el lugar a otra persona que los conoce y que representa apoyo para ellos (maestra, familiar, amigo) y a través del juego se les

pide que hablen, de ellos mismos como si fueran esa persona (Smith, 1997). Sobre el tema White y Epston (1990) denominan este proceso como reautoría, que permite identificar factores que promueven la resistencia y la fuerza de la persona, a pesar de haber vivido una situación de abuso.

Relativo a este proceso, Smith (1997) sostiene que la reautoría permite que el infante pueda elegir cuál de las historias es la suya y la que prefiere tener. Es frecuente que, dentro de la sesión, se pida apoyo de los padres para que ayuden a detectar actitudes y aspectos positivos con sus hijos. Los padres logran identificar actitudes propias que pudieran estar promoviendo la historia saturada del problema.

Existe una secuencia del desarrollo del juego identificado en la terapia narrativa, que es el modelo PPI que significa personificación, proyección e intercambio de papeles (Shaefer, 2012):

- La personificación habla de la exploración a través de los sentidos; en este sentido, el tipo de juego puede incluir el uso del cuerpo en juegos dramáticos y de intercambio de papeles.
- En el juego proyectivo sucede cuando el niño empieza a divertirse con juguetes, materiales y objetos, ya que empieza a proyectar experiencias, sentimientos, pensamientos y deseos. Ofrece al niño la posibilidad de dar sentido a imágenes, pensamientos y sentimientos a través de medios no verbales; además mejora la imaginación y fomenta el desarrollo de los símbolos, el lenguaje simbólico y la metáfora.
- El intercambio de papeles o juego dramático ofrece al niño la oportunidad de representar papeles reales o imaginarios y de practicar conductas apropiadas que son necesarias en su entorno social, como negociar papeles, compartir y tomar turnos, entre otros.

Con los puntos mencionados por Schaefer (2012), se puede observar que las habilidades negativas se adquieren en el juego y asimismo son apoyadas por los padres y otros adultos que interpretan la conducta de juego de los niños y responden como si construyeran una historia alrededor de su acción. Esta estrategia lúdica hace posible representar sus experiencias a fin de reconstruirlas e interpretarlas, así como determinar las estrategias por seguir desde una nueva perspectiva.

Acerca de lo anterior, Smith (1997) asevera que el propósito de la terapia narrativa es que sea un espacio para crear oportunidades de cambio, validar experiencias y promover interacciones con personas que identifiquen las fortalezas de la persona que vivió el abuso. Esto ayuda a identificar cualidades que lejos de poner a la persona como víctima, la ayuda a superar este suceso y evitar daños futuros.

### *El lenguaje de la terapia narrativa*

En este apartado se debe añadir que en general las terapias desarrollan un léxico, una forma de hablar que en consecuencia refleja con claridad sus ideas y supuestos. Sin embargo para White y Epston (1992) conceden particular atención a la precisión lingüística, dado que el lenguaje puede también garabatear o distorsionar una experiencia que se está contando, además de condicionar las formas en las que actuamos o sentimos; o, en sentido opuesto, puede formularse conscientemente como herramienta terapéutica. Para estos investigadores, una de las responsabilidades primordiales del terapeuta es estar consciente del lenguaje que utiliza:

Hemos de tener en cuenta el tema del lenguaje. La palabra es muy importante. En muchos sentidos, la palabra es el mundo. Por consiguiente, espero que esta preocupación por el lenguaje se refleje en mi trabajo con personas y en mi forma de escribir sobre él (White, 1995).

En sus investigaciones, White (1995) conserva de manera minuciosa la neutralidad étnica y de género; aun cuando su cuidado del lenguaje tiende a ir mucho más allá. Se halla exclusivamente atento a los vocabularios expuestos en instituciones que incorporan relaciones de poder, donde los términos lingüísticos han sido exportados a otros contextos en los que sus significados implícitos pasan inadvertidos aun cuando sigan siendo influyentes.

Es más, el autor evita cuidadosamente el lenguaje de “modelo médico” de algunas terapias: Hoy en día, los profesionales de la salud mental disponen de un número increíble de medios para ‘patologizar’ a la gente “[...] tenemos una cantidad de formas de hablar e interactuar con la gente que reproduce el dualismo sujeto/objeto que domina la conformación de relaciones en nuestra cultura” (White, 1995, p.195).

Existe la posibilidad de que el empleo de la palabra “persona” en vez de “cliente” haga notar su insatisfacción con las implicaciones de un concepto habitual y muy respetable; puesto que hasta el momento no se ha encontrado un texto donde lo explique. No obstante White (1995) ya habla de “personas” en sus primeros trabajos. En ningún momento utiliza expresiones “caso” o “historia de caso”, que, según el investigador, objetivizan las vidas de las personas y ocultan el hecho de que éstas traen a consulta sus experiencias más significativas, teñidas de afecto, maravilla, gozo, desesperanza y dolor. Una palabra tan patologizadora y distante como «caso» no honra la confianza que muestra la gente que decide ir a terapia en un momento difícil de su vida (White, 1997, p. 199).

En torno a la conducta social, White y Epston (1990) plantean la relevancia del análisis de la experiencia vivida como un texto. Ellos argumentan que “las personas dan sentido a sus vidas y relaciones relatando su experiencia y que, al interactuar con otros en la representación de estos relatos, modelan sus propias vidas y relaciones”.

De ahí que la terapia narrativa al emplear la metáfora del relato tal y como lo plantea la experiencia vivida y sus descripciones, se organizan como una narración en que se explica lo vivido. Al respecto, White y Epston (1990, p. 57) sostienen que “las personas experimentan problemas, para los cuales a menudo acuden a terapia, cuando las narraciones dentro de las que “relatan” su experiencia —y/o dentro de las que su experiencia es ‘relatada’ por otros— no representan suficientemente sus vivencias”. Complementa White (1998) al proponer que “la historia personal o autonarrativa es la que determina la forma de la expresión de aspectos particulares de la experiencia vivida”. Es así que las personas crean significados al manifestar su experiencia, siendo el relato lo que permite darle coherencia y significación.

Ahora bien, White (1994) recupera la propuesta de Bruner (1986) relativo a que hay una porción de la experiencia vivida relatada y otra no es relatada. Señala que vivimos y relatamos sólo una parte de la experiencia vivida, lo cual permite que en las conversaciones de la terapia narrativa, al recuperarse la historia de la persona, se emerja también la parte no relatada, con la finalidad de hallar otras conexiones y reflexiones, siendo el trabajo terapéutico la forma de inquirir sobre replanteamientos de señales previamente ignoradas para, “con el método propuesto en dichas conversaciones”, concibe la reedición de la historia de la persona para generar nuevos significados.

### *Bautizar el problema*

Además de motivar a la persona a expandir su narrativa inicial, Payne (2001) señala que el terapeuta la invita a poner un nombre específico al problema, quizás una palabra o una frase corta. Si a la persona no se le ocurre nada, el terapeuta hace sugerencias (“depresión”, “estrés en pareja”, “abuso”, etc.), hasta que ambos eligen en conjunto un nombre provisional.

Este nombre se utiliza cuando las subsiguientes descripciones permiten escoger uno más apropiado y preciso. El «bautizar el problema» añade énfasis y concreción, permite a la persona sentir que controla su problema y posibilita la «externalización» de éste.

### *Preguntas de influencia relativa*

Tales preguntas apuntan a dos tipos de descripción: a) la influencia que el problema ha tenido y tiene en la vida de la persona; y, por contra, b) la influencia que la persona ha tenido y tiene en “la vida del problema”. En sus primeros escritos White y Epston (1992) solicitaban a la persona (que había hecho una descripción saturada del problema) que recordase ocasiones en las que había salido victoriosa en su lucha con él, aunque fuese por muy poco, u ocasiones en las que había afrontado satisfactoriamente dificultades similares. La persona comenzaría a describir escenas olvidadas; acto seguido, el terapeuta le pediría que sopesara su importancia y significado.

Por todo, en la actualidad White (1995, citado en Payne, 2001) prefiere esperar a que estos recuerdos aparezcan por sí solos en las descripciones más “ricas” de la experiencia de la persona; entonces, los focaliza e invita a la persona a estudiarlos a detalle mediante preguntas relativas a los sentimientos, pensamientos y acciones, pasados y presentes, de la persona o a quienes la rodean. White (1995, citado en Payne, 2001) utiliza un término de Erving Goffman (1961), “desenlaces inesperados”, para referirse a estos recuerdos significativos que contradicen la historia dominante saturada del problema.

### *Perfil de las prácticas e terapia narrativa*

Como todas las terapias, la narrativa da inicio cuando el/la terapeuta da una atención respetuosa y comprometida a una persona en un lugar seguro y privado. A todo esto, el terapeuta invita a la persona a hablar de sus problemas y la escucha con interés. Con frecuencia, las primeras historias están colmadas de frustración, desesperación y dolor, con poco o ningún asomo de esperanza. White (1995) las llama “historias saturadas del problema”. Las historias saturadas del problema encarnan el “relato dominante” de la vida de una persona.

Payne (2001) refiere que el terapeuta acepta y se toma en serio esta descripción; pero, al mismo tiempo, asume que es solamente parte de la historia. No todas las descripciones del principio de la terapia están saturadas del problema: la persona puede haber cambiado de postura frente a sus preocupaciones antes de acudir a consulta. Cuando así pasa, la práctica que se reseña a como siguiente paso puede ser muy diferente.

Una vez que la persona, al haber terminado su narración, realiza una pausa, es cuando el terapeuta da marcha a formular preguntas para ampliar y detallar su relato, orillándola a pormenorizar aún más tanto a la forma en la que experimenta sus dificultades como las consecuencias de éstas en su vida.

### *Lenguaje externalizador*

Aquí Payne (2001) menciona que el terapeuta utiliza un lenguaje que comunica, implícitamente, que el problema “tiene efectos sobre la vida de la persona”, en lugar de “ser parte de ella”. Este artificio se llama «externalización del problema. El terapeuta no dice “te deprimiste” ni “ustedes estaban estresados”», sino “la depresión invadió tu vida” o “el estrés los afectó a ambos”.

El lenguaje externalizador se utiliza a lo largo de toda la terapia, no solamente durante la primera sesión; su objetivo consiste en ayudar a la persona a distanciarse de sus problemas y al mismo tiempo a concebirllos como producto de las circunstancias y los procesos interpersonales, no de su “personalidad” o “psicología”. Sin embargo, conviene mencionar que no se emplea la externalización para referirse a acciones perjudiciales o abusivas. A éstas se las llama por su nombre: “Te maltrató durante mucho tiempo”, o, si la persona es la causante del maltrato, “la maltrataste durante mucho tiempo”.

#### *Uso de documentos terapéuticos*

Ahora, otro factor significativo del método de la terapia narrativa tiene que ver con la inclusión de la terapia escrita, Payne (2001) dice que esto se puede dar a partir de cartas terapéuticas, reconocimientos, cartas de recopilación de los conocimientos grupales y otros medios más, que pueden transitar por diversos grupos con problemas comunes. El método para redactar una carta terapéutica puede definirse como la forma de seguir la conversación terapéutica externalizante y asimismo con una posición descentrada. Todo esto con el objetivo que se formulen anticipadamente, con la intención de que el lenguaje retome directamente las palabras de la persona, las expresiones que utiliza y su modo de enfocar o plantear algo. En definitiva, la carta terapéutica se puede producir durante la sesión o después y ser enviada en función de su propósito.

El terapeuta puede emplear documentos escritos, de su propia autoría o creados por la persona que consulta. Estos documentos resumen los descubrimientos de la persona y le permiten describir su propio progreso. El terapeuta puede conservarlos para utilizarlos de nuevo en el futuro o cuando tenga necesidad de ellos.

Al referirse a documentos, éstos pueden ser memorandos, cartas, declaraciones, listas, ensayos, contratos o certificados. A veces serán sólo para el uso privado de la persona; u otras veces, los compartirá con el terapeuta o incluso con otra gente. En definitiva, se utilizan para consolidar el progreso porque la palabra escrita es más permanente que la hablada y porque en la sociedad occidental goza de mayor “autoridad” (en este caso, la autoridad de la persona que los usa).

Antes bien, lo que diferencia a una carta narrativa consiste en que ésta es algo más literario que diagnóstico; esto es, cuenta una historia más que exponer y explicar algo. Para clarificarlo mejor, Epston y White (1994, citados en Freeman et al., 2001, p. 29) refieren que “las palabras de una carta no se desvanecen ni desaparecen como lo hace la conversación; permanecen en el tiempo y el espacio, como testigos del trabajo terapéutico, al que immortalizan”.

### *El juego en la terapia narrativa*

La tesis central formulada por White (2007) determina que para dar significado a la experiencia vivida, es preciso relatarla y organizarla en historias, de esa manera “la autonarrativa de nuestra propia vida resulta el marco primario que hace posible el darle significado a la experiencia vivida”. En otras palabras, el proceso de la autonarrativa en la que se organiza la experiencia vivida en historias, se convierte en una habilidad de creación de significados. Esto es, la posibilidad de creación de significados también se relaciona con imaginación, fantasía, simbolismo y metáfora, es decir todo aquello que la enriquezca. De ahí la importancia que tiene el juego para promover otros elementos que generen ideas que se puedan relatar y ser parte de nuevas maneras de entender la experiencia vivida, la cual es el sustento que da forma a las acciones que tomamos y a las ideas de quiénes somos en el momento en que interactuamos en el espacio relacional en el que vivimos.

Es así que Campillo (2013) refiere que el juego aporta ese mismo enriquecimiento dado que favorece el tener nuevas conexiones imaginarias, creativas, metafóricas, mágicas, simbólicas y de creación de historias posibles. Puesto que en éstas se recrean toda clase de conexiones inclusive aquellas en que se refleja lo que se valora, los propósitos y los compromisos de vida.

Campillo (2013) señala que el lenguaje y la estructura del juego posibilitan la imaginación y la vivacidad en la interacción permitiendo que se vislumbren muchas otras alternativas de la experiencia vivida, incluyendo lo que tal vez no sería posible en la realidad pero que, al tener el mismo contenido en el significado, nos permite encontrar soluciones posibles para el problema.

#### *La terminación de la terapia*

La terapia termina cuando la persona decide que el relato de sí misma es suficientemente rico para abarcar su futuro. En la última sesión se organiza una celebración. En esta conclusión la persona puede invitar a personas significativas para ella, a compartir su experiencia; esta ocasión especial puede festejarse por medio de una ceremonia, como la entrega de un certificado terapéutico.

#### **Terapia breve**

En la terapia de juego enfocada en la solución, el proceso terapéutico no es impulsado por fuerzas externas mecanicistas sino por el diálogo entre el niño y el terapeuta. Aquí el terapeuta cree que el niño sabe lo que quiere y necesita, por lo que busca que el paciente vea por sí mismo la solución a través de la experiencia terapéutica (Shaefer, 2012).

La terapia breve se define como un enfoque terapéutico, orientado a incrementar la conciencia de los clientes acerca de sus comportamientos-problema, así como de su capacidad y motivación para comenzar a hacer algo al respecto (Hewitt & Gantiva, 2009).

Es así que el terapeuta buscará en las habilidades y talentos que el niño ha desarrollado la manera en que puede emplear esas capacidades para llegar a soluciones. Las soluciones las redescubre y reutiliza a través del juego, al considerar que éstas ya están presentes en la historia del niño (Shaefer, 2012).

En la terapia breve enfocada en solución, debe haber metas concretas de naturaleza positiva y claramente conductual, ajustadas a las necesidades de cada niño. Las metas son la base de todo proceso enfocado en la solución y lo importante es que el niño desee que se logre esta meta (Shaefer, 2012).

Es así que la terapia breve se basa en el presente; usa herramientas terapéuticas que puedan ser empleadas en un tiempo más corto y su fin es el cambio de un comportamiento específico en lugar de uno a gran escala o más profundo (Hewitt & Gantiva, 2009). En la terapia breve se deben tener en cuenta los siguientes elementos (Dulmus & Wodarski, 2002, citados en Hewitt & Gantiva, 2009):

- a) Evaluar el problema del cliente
- b) Tomar decisiones acerca del objetivo de la terapia, el cual debe ser definido de manera específica
- c) Establecer los límites de tiempo de la terapia
- d) Explorar la disposición del consultante para el cambio.

En el siguiente capítulo se aborda la metodología en la que se busca encontrar y comprender el problema a través de un análisis que le dé respuesta. Para ello se utilizan instrumentos metodológicos pertinentes con la idea de entrar en contacto

con la realidad y, en consecuencia, se entienda mejor e identifiquen las causas y efectos del problema de estudio.

### *Estructura general de la terapia breve*

En virtud de que la terapia breve es un tipo de intervención centralizada en la persona, en la que se busca inducir la toma de conciencia y como consecuencia, favorecer la toma de decisiones en el consultante con el propósito de llevar a efecto cambios actitudinales y comportamentales que favorezcan su calidad de vida (Pérez, Valderrama, Cervera & Rubio, 2006). En todo caso, el terapeuta que elija esta terapia debe desarrollar, en coordinación con el consultante, una cadena de procesos y pasos que permitan el alcance de los objetivos de las intervenciones breves.

Referido al tema, Miller y Sánchez (1994) proponen una estructura básica de intervención breve llamada FRAMES (por sus siglas en inglés: Feedback, Responsibility, Advise, Menu, Empathetic, Self- efficacy), que consiste en:

1. Proporcionar retroalimentación sobre los posibles riesgos personales y sociales del comportamiento de la persona.
2. Enfatizar en la responsabilidad de la persona en su proceso de cambio.
3. Asesorar al consultante sobre su cambio de comportamiento.
4. Proveer al consultante una amplia gama de opciones de cambio.
5. Desarrollar una relación empática.
6. Fortalecer la autoeficacia en el consultante sobre su capacidad de cambio.

### *Lineamientos para el desarrollo de una terapia breve efectiva*

De acuerdo con lo planteado, con la terapia breve se entiende como estructura básica que requiere de dos fases principales. La primera aborda el proceso motivacional y de toma de decisiones; conviene aludir que en esta fase se emplea esencialmente la estrategia terapéutica de entrevista motivacional. En tanto, la segunda fase busca abordar los procesos conductuales de autocontrol y también de solución de problemas, los cuales están estrechamente relacionados con la acción y el comportamiento manifiesto por la persona.

Con base en ambas fases, la entrevista motivacional surge como estrategia inicial de la terapia breve. Miller y Rollnick (1999), autores de la entrevista motivacional, la definen como un estilo de entrevista clínica cuyo objetivo primario es el cliente, con la que se busca provocar un cambio en el comportamiento través de la exploración y resolución de la ambivalencia.

Su aplicación se efectúa de manera progresiva en función del estadio de cambio; además permite disminuir y darle un giro diametral a la resistencia de los consultantes. Por lo antes dicho, la entrevista motivacional se soporta en una serie de principios prioritarios vinculados a la motivación para el cambio; entre ellos se pueden identificar:

- a) *la motivación intrínseca*, en la cual la capacidad para el cambio se encuentra en la persona y es poco susceptible de ser influida externamente;
- b) *la elección y el control propio*, en la que el sujeto se presenta más motivado y los objetivos del cambio son propuestos por él mismo;
- c) *el autoconvencimiento auditivo*, se refiere a la mayor probabilidad de convencimiento y motivación que tienen las razones verbalizadas por el consultante;

- d) *la percepción de autoeficacia*, está articulada con el juicio que hace la persona sobre su capacidad de lograr el cambio;
- e) *la ambivalencia*, en la que la persona se muestra indecisa acerca del cambio;
- f) *la intervención particular*, tiene que ver con la necesidad de intervenir en la persona de acuerdo con la etapa motivacional en la que se encuentre; y
- g) *la relación interpersonal*, donde el consultante es abordado desde una aproximación empática (Lizarraga & Ayarra, 2001).

En resumidas cuentas, el terapeuta que aplica la entrevista motivacional debe poner en práctica un conjunto de estrategias concernidas con la interacción entre él y su consultante. A continuación se menciona el aspecto metodológico que proporciona información en torno a las estrategias usadas para llevar a cabo el estudio.

## METODOLOGÍA

### Planteamiento del problema

Se estima que al año, en México 25 mil niños sufren algún tipo de abuso sexual. A esta suma se agrega que en 80 % de los casos fue un familiar que atentó contra el menor. Cada hora uno o dos menores sufren abuso sexual y el abusador puede tener hasta cuatro víctimas como mínimo (García, D. [20 de Noviembre 2016] *El Universal en línea*).

El problema del maltrato y abuso sexual hacia los niños y niñas se presenta en todo el país, con consecuencias muy profundas en el desarrollo de quienes lo experimentan. Es por ello que la cultura de prevención es una manera de evitar la generación y reproducción de esta forma de interacción (García, Alfaro & Santiago, 2003).

Por otro lado y como forma de proteger el anonimato de la menor de 12 años de edad que fue víctima de abuso sexual y que además es nuestro sujeto participante, se le identificará en adelante con el nombre de F.

### Pregunta de investigación

¿Se fomentará el autocuidado y el desarrollo socioafectivo desde la terapia narrativa en una menor de 12 años que fue víctima de abuso sexual?

### Objetivos

#### *Objetivo general*

- Promover el autocuidado y el desarrollo socioafectivo desde la terapia narrativa en F para prevenir otro abuso sexual.

### *Objetivos específicos*

- Promover el autocuidado para que no se repita otro abuso sexual.
- Promover el desarrollo socioafectivo para que interactúe de forma adecuada con su entorno.
- Prevenir el abuso sexual infantil para que la menor aprenda a evitar situaciones de riesgo.

### **Tipo de estudio**

- Estudio de caso

### **Participantes**

- Este trabajo se llevó a cabo en la cámara de *Gesell* del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”. En este espacio se realizó una intervención terapéutica en coterapia, donde se contó con un equipo de supervisión a cargo de la Dra. Blanca Elena Mancilla Gómez.
- Se trabajó con una niña de 12 años de edad, quien se encontraba estudiando el primer año de secundaria. Es la menor de tres hermanas y pertenece a una familia monoparental.

### **Escenario**

- Cámara de *Gesell*: espacio especializado conformado por dos aulas divididas por un espejo unidireccional que permite el desarrollo de competencias profesionales, al dar la posibilidad de ejercitar a los estudiantes en diversas técnicas de entrevista, observación sistematizada, estrategias de evaluación e intervención y juego de

roles. Mientras que en el otro salón se puede ubicar un grupo de estudiantes. Es un espacio acondicionado para observar conductas sin afectar la privacidad del paciente, en un marco de absoluto respeto por las normas éticas (Rueda & López, 2013).

## Procedimiento

- *Coterapia*: Se trabajó dentro de la cámara de Gesell donde participaron dos terapeutas, las cuales eran observadas por un equipo terapéutico que encabezaba la Dra. Blanca Elena Mancilla, quien, al final de cada sesión retroalimentaba a las terapeutas con sus observaciones.
- *Equipo de observación*: la labor terapéutica que se llevó dentro de la cámara de Gesell estuvo supervisada y bajo observación de un equipo terapéutico con el que se trabajó, a fin de que en conjunto se extrajeran aportaciones acerca de la dinámica, así como sugerencias que fueron de gran importancia para el éxito obtenido en el proceso de la menor.

A continuación se describen esquemáticamente las sesiones:

<b>Número de sesiones:</b> 4 de Evaluación, 8 de intervención y 2 de cierre	<b>Duración:</b> 50 minutos
<b>Horario:</b> De 9 a 9:50 am	<b>Enfoque:</b> Terapia breve y Narrativa

<b>Etapas</b>	<b>Sesiones</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Temática tratada</b>	<b>Técnica o instrumento</b>
<b>ETAPA 1</b>	De la 1 a la 4	-Realizar historia clínica -Evaluar área perceptomotora y personalidad -Evaluar área cognitiva	-Historia saturada del problema -Se estableció alianza terapéutica -Externalización del problema -Se observa dificultad para decir no puedo	-Entrevista con mamá -Bender y HTP -WISC IV
<b>Etapa 2</b>	De la 5 a la 12	-Promover el autocuidado -Promover el desarrollo socioafectivo -Prevenir el abuso sexual infantil	-Se elaboraron las reglas del espacio terapéutico -Se le dejaron tareas de autocuidado para prevenir que vuelva a suceder a partir de la experiencia que tuvo -Se le devolvieron los recursos observados durante las sesiones y como utilizar estos para cuidarse -Durante el juego se trabajó el autocuidado	-Lenguaje exteriorizador -Devolución de recursos positivos en favor de su autocuidado -Psicoeducación -Juego libre
<b>Etapa 3</b>	13 y 14	-Realizar cierre	-Se abrió el tema de que asiste a un grupo terapéutico y que comenzará un nuevo proceso -Se le planteó la posibilidad del alta	-Cartas terapéuticas -Carta profecía -Graduación como técnica narrativa

Es importante señalar que la información obtenida de la historia de desarrollo de la menor se obtuvo por medio de una entrevista semiabierta con la madre, en la que se recopilaron los datos necesarios para entender mejor el caso.

Posteriormente fue evaluada la efectividad del tratamiento con la ayuda de los testigos externos que fueron los observadores. Conjuntamente se analizó el discurso de la niña y de igual manera lo reportado en entrevista de seguimiento con la madre para conocer los avances logrados a lo largo del proceso.

A continuación se presentará el caso clínico para llegar a una mejor comprensión de este.

## Caso clínico

### Ficha de identificación

Datos de la paciente	
Nombre: F	Edad: 12 años
Sexo: Femenino	Fecha de nacimiento: 25 de Julio de 2003
Escolaridad: 1°. de secundaria pública	Nivel socioeconómico: bajo
Datos de los padres	
Madre	Padre
Nombre: María	Nombre: Javier
Edad: 37 años	Edad: 37 años
Ocupación: comerciante	Ocupación: mesero
Edo. civil: divorciada	Edo. civil: divorciado

### Descripción y actitud de la menor

Cabe mencionar que F se presentó acompañada de su madre en condiciones adecuadas de higiene y aliño personal. Su apariencia física correspondía con su edad cronológica, sin embargo la forma de vestir y arreglarse aparentaba ser el de una joven mayor, dado que traía el cabello decolorado, las uñas pintadas y su ropa se veía muy juvenil.

Se establece que durante las sesiones de evaluación F se mostró atenta, observadora y dispuesta a cooperar en las actividades que se le indicaban. Sin embargo, se advirtió siempre seria y callada, haciendo muy clara su poca fluidez verbal al responder con monosílabos.

Durante el proceso de evaluación F trabajó de manera lenta. Cuando se le pidió realizar micrografías, dejó entrever signos de inseguridad, así como ansiedad

cuando una actividad se le dificultaba, circunstancia que resolvía cuando al decir: “no sé” o “no puedo”.

En el desarrollo del juego se observó que F encontró complicaciones al momento de expresar sus deseos, los cuales menciona sólo hasta que las terapeutas se lo solicitan. Se observa que cuando comienza a sentirse ansiosa, lo manifiesta a través de conductas motoras, tales como frotarse las manos, tocarse los pies y quedarse con una postura encorvada.

Debido a que, como se dijo, su lenguaje y fluidez verbal era limitado, su comunicación fue en gran parte analógica, es decir, no verbal.

### **Motivo de consulta**

La madre contó que F sufrió abuso sexual por parte de un primo mayor, situación de la cual desconoce cuántas veces sucedió, ya que F se quedaba constantemente sola en casa. Por lo que únicamente tiene conocimiento de dos ocasiones:

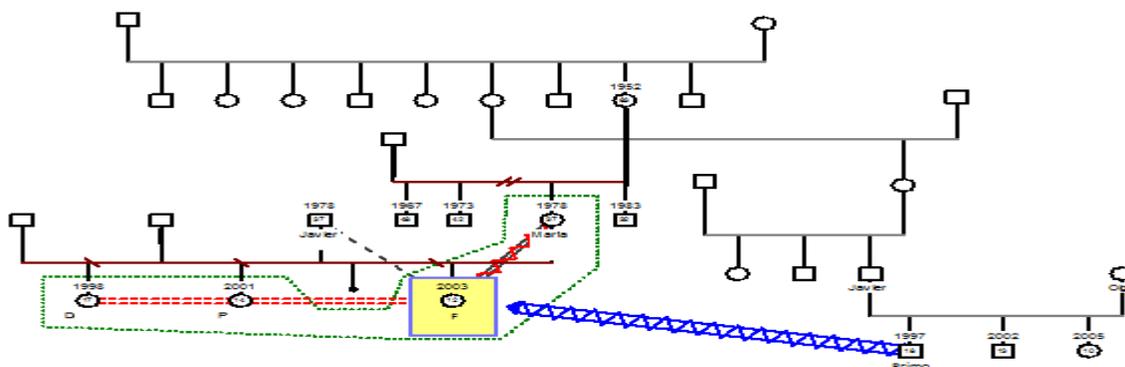
*...Primero pasó a los 8 años cuando su primo se sacó el pene y le pidió a F que se lo tocara o chupara y se repitió en marzo de este año, pero esta vez su primo la tocó. Comenzó a ver “rara” a F, sus hermanas la querían abrazar y las aventaba, las rasguñaba y agredía. Se cambiaba sus calzoncitos tres o cuatro veces al día; no quería ir a la escuela o la encontraba debajo de las cobijas varias veces a la semana.*

La madre refirió que se enteró de este suceso por medio de la escuela, debido a que F se lo platicó a una amiga y ésta la convenció de que lo hablara con la maestra. Más adelante se dio cuenta de que este primo había abusado sexualmente de otras primas de F. Las medidas que la madre tomó a partir de este hecho consistieron en hablar directamente con los padres del primo, pero al advertir que no hubo un resultado positivo, la madre de F inició una demanda en marzo del 2015, la cual actualmente se encuentra en proceso.

## Motivo de consulta de la paciente

Al preguntar a F si conocía el motivo por el cual su madre la llevaba al Centro de Servicios Psicológicos, la menor refirió lo siguiente: “Para que me ayuden a lo que me pasó”. Al preguntarle cómo podíamos ayudarle, ella respondió: “Que me puedan ayudar a olvidar lo que me pasó, que mi primo me tocó, no entiendo por qué me pasó esto a mí”.

## Estructura y antecedentes familiares



Según la información proporcionada en la entrevista con la madre, F vive en una familia monoparental, extendida de nivel sociocultural bajo, conformada por su madre y sus dos hermanas mayores, con quienes mantiene una relación ambivalente y distante. La madre relata haberse separado del padre de la menor, y éste, por su parte, tiene ocasionalmente contacto vía telefónica con F. El terreno en donde viven se encuentra dividido en 10 lotes en donde habita la familia de la madre de la menor, siendo la familia del primo quien reside enfrente de ellas. La madre comenta que se dedica al comercio, pues es la única forma en que puede estar al pendiente de sus hijas.

## **Resumen de historia clínica**

La madre narra que quedó embarazada de F tres meses después de que había tenido un aborto, ya que perdió el DIU (dispositivo anticonceptivo). Ella menciona que al saber que estaba embarazada “lloré, no sentí (sic) bonito, porque no quería otro hijo”. Se enteró a los dos meses de su embarazo. Sobre su estado, mencionó que no presentó complicaciones y también que tuvo los cuidados adecuados.

Asimismo la madre indica que F nació por parto natural; igualmente menciona que durante los partos F fue la que más le dolió de sus tres hijas; al tiempo que hizo referencia que los dolores le daban coraje, aunque cuando la vio “sintió bonito”. Al nacer F pesó 3.150 g y midió 51 cm.

Cuando nace F presenta un derrame en su ojo izquierdo, lo que contribuyó a aumentar las dificultades que ya tenía al no ser esperada. Debido al problema de la vista F, dice la madre, le daba miedo porque F se le quedaba viendo: “Siempre ha tenido una mirada fuerte”. Así que la madre le tapaba la cara con la cobija “para no verle la mirada mientras la alimentaba”. Esta conducta muestra un notorio rechazo hacia la niña.

La madre agrega que los seis meses F se desmayó, motivo por el cual se le lleva al médico y le diagnostican asma. Por consiguiente, le prescriben nebulizaciones. Sin embargo, rememora la madre, la niña se desmayaba hasta dos veces al día y le daba temperatura. Al entrar al kínder (a los 4 años de edad), se le quitó repentinamente el asma y nunca más le volvió a dar.

La madre señala que F caminó al año y habló hasta el año y medio. Recuerda que su primera palabra fue: “mamá”. Al año tres meses controló esfínteres. Al cumplir el

año de edad la mamá llevó a cabo el destete, por lo que recurrió a un polvo especial “de ése que produce mal sabor”.

Respecto al contexto escolar, la madre comentó que durante la etapa del kínder F observó buen desempeño. No obstante en la primaria el interés por la escuela disminuyó de manera notoria y la madre entonces la conceptúa como “floja” porque no le gustaba anotar las tareas. Sin embargo sus calificaciones son buenas y los resultados en los exámenes resultan igualmente favorables.

En el ámbito familiar se tiene conocimiento de que los padres se separaron cuando F tenía un año. De la misma forma se sabe que al padre se le dificultaba involucrarse en los cuidados de la niña y era considerado un padre periférico, ya que llegaba tarde de trabajar y cuando la niña lloraba le decía “ya cállala”. Después el padre comenzó con problemas de alcoholismo, circunstancia que ocasionó que la madre se sintiera incómoda ante esta situación, debido a que en su familia existían también estos problemas de alcoholismo.

De igual modo se menciona que a los 4 años F comenzó a estar sola, debido a que la madre se iba a trabajar. El tiempo que permanecía sin los cuidados de algún adulto, era hasta de cinco horas. Al respecto, la madre cuenta que al principio se la encargaba a una prima, pero posteriormente se percató de que no le daba los cuidados necesarios, por lo que decide dejarla sin cuidador. La madre refiere que le explicaba que se tenía que ir a trabajar; le decía que no la dejaba encerrada, porque le dejaba la comida preparada y le decía que si le daba hambre metiera la comida en el horno. En estas condiciones de soledad F estuvo aproximadamente seis meses.

La madre puntualizó que a F le afectó que su papá se juntara con otra persona. La mamá menciona que “F empezó a hacer lo que quería y siento que la niña ha sabido

cómo manipularnos: si F dice no es no y nosotras cedíamos. Más tarde comenzó a amenazar con querer irse con su papá”.

A la par, la madre expresa que actualmente convive pocas veces con su papá y cuando lo ve, ella asume un papel de hija conyugal, ya que F todo el tiempo lo está regañando por las nuevas parejas que tiene o le reclama porque no le da dinero para sus gastos. Nos platica también que F escucha los problemas de pareja que llega a tener su papá y lo aconseja.

En cuanto a la relación con la mamá, F se percibe como cercana pero también hostil, en virtud que la mamá tiende a ser muy controladora, ya que le revisa todo el tiempo sus cosas, al igual que a sus hermanas. La mamá es quien se encarga de poner las reglas en casa y asimismo quien se responsabiliza del cuidado de F.

En cuanto a la relación con sus hermanas, se caracteriza principalmente por ser conflictiva, particularmente existen peleas recurrentes con la hermana mayor. En estos encuentros F tiende a pegarle o pellizcarla, pero en general se siente agredida por sus dos hermanas.

Tocante al aspecto afectivo, se sabe que a los 4 años F acude a terapia con una psicóloga particular, ya que durante este periodo empieza a presentar conductas agresivas con las hermanas, quienes refieren que F comienza a decir que “las quería matar”. Al respecto, las hermanas mencionan que enojada “agarraba cuchillos y las amenazaba”. Esta preocupante situación originó que la madre recurriera a los golpes para que ya no lo hiciera. La respuesta de F era no decir nada, sólo la “miraba fuerte”.

De igual modo la madre asegura que F amenazó a sus hermanas en tres ocasiones, lo que la llevó a quitar los cuchillos de su vista. No obstante comenzó a agarrar los tenedores y amenazaba con que con ellos se iba a matar.

Por otra parte, se debe hacer referencia que F asistió a terapia durante 10 sesiones, en cuatro, acudió sola, luego con sus hermanas y al final se presentaron todas. La madre se justifica al señalar que la dejó de llevar por falta de dinero. Aun así, los cambios que observa la mamá en F eran que estaba menos agresiva, y también se volvió más tierna, ya que ahora abrazaba y se expresaba más.

Actualmente nos dice la madre que cuando F se enoja comienza a rasguñarse o se tapa la cabeza e incluso se empieza a ahorcar. Pero ella lo nota como una forma de chantaje, lo que causa que la mamá la ignore cuando presenta esta conducta. Por esta razón en el CTA (Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delito Sexual) la canalizaron al psiquiátrico, en tanto su caso se encuentra en proceso legal por ser víctima de abuso sexual.

En referencia al tema de la sexualidad, la madre indica que le da información a sus hijas cuando éstas le hacen preguntas sobre ello, al tiempo que les hace hincapié en que deben de cuidarse para no salir embarazadas. Asimismo, la mamá manifiesta actividad de masturbación en la menor, la madre percibe que ha aumentado después del abuso. Ha querido descartar algún problema de salud, por lo que le ha preguntado a F si desea que la revise como a sus hermanas que las auxilia con pomadas.

Sobre estas observaciones, se añade que desde hace un mes, F nuevamente se cambia sus calzones dos veces al día, argumentando que lo hace porque siente que “están sucios”. En el contexto social F no tiene problemas para establecer relaciones interpersonales, pero la madre siente que “elige amigas que son

destrampadas” y ha tenido algunos problemas en la escuela por seguir en especial a una amiga.

## **Evaluación**

- o Escala Wechsler de Inteligencia para niños (WISC-IV)
- o Test Gestáltico Visomotor de Laretta Bender (Bender, 1938)
- o Test de la casa, árbol y persona H-T-P (Buck, 2004)

## **Integración de estudios psicológicos**

### **Área Intelectual**

En el área cognitiva, F muestra un C.I. (coeficiente intelectual) de 81, por lo que su funcionamiento intelectual está por abajo del promedio; esto significa que puede presentar apuros para resolver problemas y adaptarse a su entorno. Sin embargo, con ayuda de asesoría se considera que puede aumentar el rendimiento escolar de F si se aprovechan sus fortalezas, que son:

- Se destaca en focalizar su atención, ordenando y discriminando la información visual de forma rápida y eficaz.
- Muestra buena memoria visual a corto plazo, de atención y buena capacidad de integración visomotora.
- Habilidad de análisis y síntesis de estímulos visuales, así como un razonamiento fluido, que le permite manejar conceptos abstractos y reglas.

Un área de oportunidad para que se estimule, es en el manejo de ideas y conceptos verbales, ya que se le complica expresar su pensamiento en palabras, así como encontrar en forma práctica solución a problemas. Aun cuando F logra formar

conceptos, su capacidad de razonamiento verbal está en función del conocimiento adquirido en su entorno individual.

*Área perceptomotora.* La menor presenta un desarrollo visomotor que se encuentra en un nivel esperado en relación con su edad cronológica. Con base en esto se aprecia una secuencia lógica y ordenada, por lo que no se observan indicadores emocionales que sugieren alguna dificultad.

*Área emocional.* Se advierte que F se percibe a sí misma como tímida e insegura. Presenta un bajo autoconcepto y autoestima, manifestando sentimientos de constricción, ansiedad, inadecuación y tendencia al aislamiento.

De igual manera observa su entorno familiar como inestable, frío afectivamente y donde no le enseñan herramientas de autocuidado. Es posible que exista negación hacia las tensiones del ambiente refugiándose por ende en la fantasía.

Asimismo se identifica que existe inhibición y problemas en la expresión de emociones y sentimientos. Durante el juego se apreció falta de iniciativa y dificultad para expresarse, al usar comunicación indirecta. No obstante estuvo muy atenta durante el juego, además mostró buena coordinación en las tareas ojo mano y respetó las reglas del juego. Se observa bajos niveles de disfrute durante el juego y además sus expresiones faciales se limitan a sonreír.

Además se muestra atenta respecto a lo que dicen las terapeutas y mantiene contacto visual mientras se habla con ella. Espera a que se le den indicaciones para empezar a hacer las cosas, revelándose insegura cuando inicia alguna actividad.

## RESULTADOS

Durante el proceso de terapia se realizaron tres etapas: La primera fue la parte del encuadre y la evaluación; mientras que la segunda se trabajó el autocuidado con F, en tanto en la tercera se dio el cierre. A continuación se presenta el desarrollo de cada una de estas etapas.

### Etapa 1

Durante esta etapa se llevó a cabo la entrevista con la madre y también con la niña, justo entonces se marcó el encuadre y se puso en marcha el proceso de evaluación.

*La primera sesión* fue una entrevista con la madre, en la que se planteó el motivo de consulta:

*Hace tres años el primo le pidió a mi hija que le tocara sus genitales y salió corriendo. Me enteré de esta situación pero que no hice caso porque en ese entonces tenía que cuidar a mi papá. Mi sobrino había estado entrando a mi casa cuando dejaba a F sola y él la besaba y acariciaba. Yo me enteré porque en la escuela lo comentó con una compañera, pero F no ha querido hablar mucho de eso conmigo.*

La madre habló acerca del proceso legal, así como de la atención psicológica que la menor había recibido como parte del procedimiento por la demanda. La señora se dijo preocupada por las secuelas que pudieran haber dejado el abuso y, por lo mismo, externó sus expectativas respecto a la terapia. Aquí la terapeuta llevó a reflexionar a la madre preguntando ¿Qué hizo ella para cuidar a F? y ¿Qué tipo de ayuda esperaba recibir para F? Esto como una forma de que fuera consiente del papel que le corresponde dentro del proceso, así como darle realidad en las expectativas que pudiera tener.

En la sesión se observó que la señora tiene una personalidad controladora y además no evidenció inhibición en ningún momento. Se percibió a una señora negligente que no ha hecho lo necesario por enseñarle a F formas en que puede cuidarse, ni tampoco ha tomado las medidas para protegerla. Es alguien que no asume su responsabilidad y se deslinda de ésta al decir que ella no sabe todo lo que ha pasado. También se apreció una mujer pasiva, pues su forma en que ha resuelto las cosas no le han funcionado y aun así sigue cayendo en lo mismo.

A la hora en que se hizo el cierre, la madre volvió a abrir la sesión comentando la situación del papá de F. En ese momento se pudo percibir cómo quiso tomar el control al demandar más atención.

*En la segunda sesión se presenta F y las terapeutas le preguntan: si sabe por qué es llevada al CSP, por lo que responde:*

*Para que me ayuden a lo que me pasó.*

Se le pregunta ¿cómo podemos ayudarte?, y ella responde:

*Que me puedan ayudar a olvidar lo que me pasó, que mi primo me tocó, no entiendo por qué me pasó esto a mí.*

Cuando F planteó esto se le hace la devolución a su emoción mencionándole que imaginábamos que esta situación posiblemente le hacía sentir vergüenza y que en estos momentos no necesitaba entender el por qué le pasó a ella. También se le da sentido de realidad explicándole que no podíamos hacer que olvidara pero sí que aprendiera a evitar que sucediera de nuevo.

En esta sesión F menciona que ya sabe qué hace un psicólogo y en que le pueden ayudar. Las terapeutas explican el encuadre a la menor y en seguida se comienza con la evaluación, aplicando el Test Gestáltico visomotor de Bender y el test de H-T-P. A partir de entonces se observa que la forma de trabajo de F es lenta pero termina la actividad y posteriormente realiza micrografías en todos los dibujos.

En el momento de dibujar F pregunta cómo debe ser el dibujo. Terminando las pruebas se le permite que ella decida qué hacer y ella pide el juego de *Pictionary*; F se muestra poco expresiva, con cierta incomodidad ante la situación, sin embargo realiza lo que sale en el juego, además muestra buena tolerancia a la frustración.

Es de notar que el estado de ánimo de F se mantuvo desde el inicio hasta el final de la sesión, las terapeutas indican que el tiempo ha terminado y que se continuará en la próxima sesión; de nueva cuenta se hace mención de la confidencialidad de lo que diga en el espacio terapéutico.

De la sesión se observó que el juego que elige F es uno reglado, en el que se establecen las reglas y exploran si la menor sabe jugarlo. Es evidente la inhibición de F en la actividad al no responder rápido cuando le toca actuar lo que se indica en la tarjeta. Se muestra con una apariencia rígida, tímida y poco expresiva, razón por lo que a las terapeutas les es difícil adivinar, por lo que nosotras como terapeutas optamos por modelar la conducta relajada y expresiva. En consecuencia se puede distinguir que existe tolerancia a la frustración dado que puede sobrellevar que perdió en el juego.

*En la tercera sesión* F llegó tarde y cuando entra se advierte que su vestimenta es parecida a la de su mamá, es decir de una persona mayor. En la primera parte de la terapia se le pregunta en relación con su semana así como del examen de admisión que presentó en la secundaria, de lo cual refiere de manera escueta que

“le fue bien”. Entonces, las terapeutas le explican a F el trabajo que se llevará a cabo en la sesión, por lo que se procede a realizar la aplicación del WISC-IV. Más adelante se aplican las primeras cuatro subescalas, en las que su desempeño en general es bueno, aun cuando su ejecución se nota pausada en aquellas que tienen que ver con razonamiento y comprensión verbal. Se aprecia que se mantiene en silencio cuando no sabe cómo responder, hasta que se invalida la prueba. Aquí se le hacen señalamientos por medio de descripciones de lo que se va viendo, también se le menciona que se vale decir no puedo o no sé. Asimismo muestra signos de ansiedad con frotamiento constante de las manos, se dobla sobre sí misma y a continuación se toca los pies. Pero al mismo tiempo se le ve motivada al logro y en consecuencia persistente al completar todas las tareas.

Sobre la base de las observaciones, conviene mencionar que el tono emocional de F se advierte plano y así permanece a lo largo de toda la sesión, lo que en ocasiones se torna difícil de manejar, ya que ante los retos de la prueba no expresa ninguna reacción emocional, sólo presenta la ansiedad.

*En la cuarta sesión* las terapeutas comienzan explorando el estadio social y tratan por tanto de averiguar más acerca de la situación escolar. En este estudio F se torna hermética y con actitud apática ante las preguntas, en virtud de que responde de forma concreta a lo que se le inquiere. Como siguiente paso, las terapeutas indican que se seguirá trabajando con las actividades anteriores y por lo mismo realizan la aplicación de las escalas restantes del WISC IV. En esta sesión, al igual que en la anterior, F exhibe un desempeño lento en las escalas que requieren razonamiento verbal, por lo que, a fin de que entienda la actividad, las terapeutas le dan varios ejemplos y se le hace el siguiente comentario “Notamos que te estás tardando en dar las respuestas pero finalmente si las sabes” también se suelta una pregunta al aire en relación a ¿qué estará pasando por su cabeza? A todo esto, F presenta conductas motoras vinculadas con ansiedad como frotamiento de manos y el

constante toque del cabello. Respecto a su tono emocional, éste se mantiene desde el inicio hasta el término de la sesión. Al finalizar la dinámica, las terapeutas le informan a F su comportamiento de ansiedad que mostró durante el tiempo de la sesión.

Durante la sesión se pudo observar que se detectaron problemas en el desarrollo de la expresión verbal, los cuales bien podrían relacionarse con una complicación por parte de la menor para establecer límites, o decir que no, dentro de circunstancias que la colocan en situaciones de riesgos.

## **Etapa 2**

Así pues, conviene indicar que esta etapa da inicio a partir de la quinta sesión, que es cuando se promueven las primeras formas de autocuidado que F debe establecer, con el propósito de prevenir el abuso sexual.

*En la quinta sesión* F hace referencia que no ha asistido a la escuela debido a que no realiza a veces ninguna actividad, por lo que cuando esto sucede toma la decisión de quedarse mejor en casa a jugar a las muñecas con sus primas. Posteriormente se continúa con la aplicación del resto de subpruebas del WISC IV, en las que su desempeño se mantiene con parsimonia desde el inicio hasta la conclusión de la sesión. En el comportamiento de F se puede ver una desorganización en la forma en que realiza las tareas, además de complicaciones para poder expresar “no sé” o “no puedo”, por lo que las terapeutas optamos por relajar la situación de la evaluación a través de un lenguaje corporal de relajación y de responderle que no se preocupe, esto con el fin de darle seguridad y validarle que no tiene nada de malo decir que no sabe o que no puede. Se le nota ansiosa frente a las preguntas manifestadas a nivel preverbal.

En la misma forma se trabajó el autocuidado que F debe tener a fin de evitar que el abuso ocurriera nuevamente, en vista que comenzaba el periodo vacacional. Por lo tanto, se le lleva a reconocer sus propios recursos a través de señalamientos y con ese mismo fin a analizar cómo estos recursos le permiten cuidarse. Aparte se habló de las estrategias que podría implementar para protegerse. Luego de preguntarle qué podría hacer para cuidarse, ella respondió:

*Fijarme por la ventana antes de abrir la puerta o no abrirle a nadie;  
no quedarme sola en la casa y no salir sola.*

Es importante señalar que F cooperó en las tareas que se le solicitaban completar para terminar la evaluación. No obstante continuó presentando problemas en decir que no sabía la respuesta o que no podrá solucionar una tarea, esto porque sólo se permaneció en silencio esperando que las terapeutas dieran la pauta para seguir. También cabe comentar que se apreció que F tiende a la obediencia y, en consecuencia, se analizó si podría ser considerado un recurso para seguir las recomendaciones por parte de las terapeutas o, por el contrario, esta obediencia podría ser manifestación de un Superyó demasiado rígido, sostenido por un entorno familiar punitivo o crítico. De ahí que a F se le dificulta decir: “no sé, o no puedo”, por lo que, en el caso del abuso, se teme que no pueda establecer un límite a su primo que es un alguien que podría representar para ella una autoridad.

*En la sexta sesión*, que es la primera sesión después de periodo vacacional, motivo por lo que se estableció el estadio social en el que F mencionó lo que hizo durante sus vacaciones, como el haber estado jugando con sus primas, y además manifestó que se quedó en la secundaria de su elección, se le da connotación positiva por haber logrado su objetivo y como una forma de fomentar su autoestima analizando su logro. En esta sesión igualmente se abordó la tarea que F tenía y que consistió en procurarse autocuidados para evitar que su primo volviese a tocarla. Sobre este punto, se le pregunta ¿Cómo le funcionó la tarea de autocuidarse? Y la menor reportó las conductas que llevó a cabo para cuidarse, las cuales refirió la hicieron sentirse tranquila, a grado de no sentir miedo. Posterior a esto las terapeutas invitaron a F que escoja un juego y elige *Uno Stacko*.

En esta actividad de entreteniendo la menor evidenció que respeta las reglas, límites y turnos, así como que sus movimientos finos fueron buenos para su edad. Sin embargo persistió en manifestarse inhibida, poco explícita, siendo su expresión a nivel preverbal como en las anteriores sesiones. En una de las rondas del juego ocurrió un error en la secuencia de los turnos, ya que una de las terapeutas intentó

mover una pieza cuando no le tocaba. Ante el hecho F reaccionó sólo comunicándolo de forma análoga a la otra terapeuta con miradas, pero sin decir nada hasta que las terapeutas se lo señalaron.

Se observó que el juego que eligió F era un reglado, el cual es un tipo de juego estructurado y acorde para su edad. Cuando se invitó a la menor a jugar se advirtió que F evidenciaba dificultad en la iniciativa de elegir una actividad. Al parecer esta falta de iniciativa no se dio porque rechazó participar o por falta de voluntad, sino por dificultades en poder expresar sus deseos, esto último quizás debido a que su ambiente familiar no facilitó ese dinamismo. Ahora bien, durante el juego se apreció que F se apegaba a las reglas, puesto que siguió las instrucciones que se le indicaron.

*En la séptima sesión se observó que F llegó a la sesión con 15 minutos de retraso y de inmediato se exploró el estadio social, así que las terapeutas comienzan a explicarle cómo será el trabajo de ahora en adelante dentro del proceso de intervención terapéutica. Se hace énfasis en que al trabajar con el juego, habrá momentos en que las terapeutas le formularán comentarios acerca de lo que ocurra. A continuación se procede a establecer el encuadre terapéutico que considera las reglas de las sesiones.*

En seguida F comienza a escribir las reglas de la sesión tomando en cuenta lo que quiere y lo que no quiere que pase. Ya, en el tiempo restante F elige un juego en el que incorpora a las terapeutas para jugar a la comida en un restaurante. Al finalizar esta sesión, se trabajó con la madre para la devolución de los resultados de la evaluación, así como la forma de establecer el trabajo terapéutico en el que se incluirán sesiones de orientación con la madre.

De acuerdo con la observación, se podría decir que el juego es regresivo con temática oral, actividad que ya no es esperada para la edad de F, lo que podría ser una manifestación del estado mental y emocional en que la menor se encontraba en ese momento.

*En la octava sesión* F acude con un retraso de 10 minutos, las terapeutas exploran el estadio social y casi sin interrupción invitan a F a elegir la actividad de la sesión. En esta ocasión F se muestra con mayor iniciativa y más rápida que en otras sesiones y de inmediato elige jugar con la casita. Una vez que F escoge la actividad, los siguientes 25 minutos los dedica a ordenar todos los elementos que incluiría en la casa (muebles, comida, personajes, etc.).

Cuando concluye con la organización, comienza a jugar integrando a las terapeutas, a quienes pide que elijan un personaje antes de iniciar. En este juego se detectan contenidos de tipo oral (juega a la comidita con los personajes y los alimenta), dificultades en la estructura de ideas y, de manera adicional, se manifiesta el conflicto por el cual es llevada a consulta. Se observó que colocó muchos elementos dentro de la casita, haciendo que quedara muy llena, por lo que se formularon preguntas en relación a cómo acomodó las cosas para entender mejor lo que estaba representando con esto. Además se le modeló la conducta de autocuidado dentro del juego, ya que usando su escenario y el juego que implementó se le hacían señalamientos donde se le decía al personaje hija que antes de abrir la puerta debía de fijarse

La duración de este juego es de aproximadamente 15 minutos, y es entonces cuando las terapeutas marcan el final de la sesión y recuperan con señalamientos el comportamiento de F. Se le devolvieron los recursos positivos observados como haber mostrado un tono emocional diferente, el que haya podido decidir rápido a qué jugar y las ideas que tuvo en el juego.

Durante esta sesión se observó que F estuvo en el prejuego por espacio de 25 minutos, lo que se pensó como una barrera inicial para el trabajo. El hecho de que haya saturado la casa de cosas, pareció proyectar que era así como en ocasiones ella se sentía. Cabe mencionar que esta conducta también la realizó una sesión anterior, cuando llenaba una ollita de comida pese a que ya no había espacio.

*En la novena sesión* se advierte que esta vez F llega puntual, pero al entrar a consultorio se nota que entra con desgano y además con un semblante cansado. Las terapeutas establecen el estadio social en el que la menor informa que se siente cansada, debido, refirió, al cambio de horarios y actividades que se dieron con su ingreso a la secundaria, motivos por lo que menciona se duerme más tarde y en consecuencia tiene sueño. Después las terapeutas invitan a F a iniciar el juego, en el que la niña decide esta vez utilizar unas miniaturas de animales y unas muñecas para jugar al zoológico.

En el juego se evidencia que el tiempo de prejuego toma la mayor parte de la sesión. Seguido a ello se realiza un juego de imaginación en el que F le reparte papeles a las terapeutas y les da el papel de hermanas y ella como la bebé de una de las hermanas. Durante el juego F se muestra con un nivel de energía y tono emocional que se mantiene constante durante todo el juego. Las terapeutas siguen a la menor en el ritmo y en lo que ella improvisa en el escenario. En esta parte también se le modela conductas de autocuidado usando el discurso que usa en el juego y se le van haciendo preguntas en relación a lo que va planteando, por ejemplo en un momento del juego su personaje se acerca a la mamá a preguntarle dudas acerca de los animales que hay en el zoológico, por lo que se le hacen señalamientos diciéndole que el que la niña le pregunte a su mamá significa que aprendió a recurrir a su mamá para que la oriente, a lo que ella asiente con la cabeza y de esta forma se le van diciendo los señalamientos. Con este tipo de devoluciones se fue promoviendo el desarrollo socioafectivo, ya que se le modelan formas asertivas de

interacción, en este caso con la madre donde puede acercarse a ella de otro modo y con la oportunidad de que sea orientada por esta.

Respecto a la observación se pudo ver que en esta sesión F colocó a las terapeutas como hermanas y ella como hija de una de ellas. Por la edad que le asignó a los personajes y decir que era mamá a los 25 años, se le realizaron señalizaciones respecto a esto, como una manera de moldear la conducta de la menor y conocer la percepción que tiene sobre ser madre. Al finalizar al tiempo, las terapeutas realizan el cierre devolviendo recursos y actitudes de la menor durante la sesión.

*En la décima sesión*, como en la anterior, F llega puntual, pero en esta ocasión, su arreglo se ve adecuado, incluso se le nota más esmerado, lo cual podría considerarse como parte de su etapa de vida. Las terapeutas establecen el estadio social y, como siguiente paso, F menciona que cuando se aburre en la escuela comienza a aventar papелitos a sus compañeros. Con base en lo que se identificó en la sesión anterior, las terapeutas añaden una nueva regla que consiste en no dar respuestas cortas. Para ello se le refiere que es para poder conocerla mejor, dado que esto se debe a que en ocasiones se queda callada o no dice nada. Por su parte F expone que también esto ocurre cuando su mamá la regaña. Al explorar esta situación se observa un recurso en F, ya que escribe cartas a su mamá para decirle cómo se siente, se le reconoce esto y se le motiva que continúe haciéndolo.

Continuando con el diálogo F habla sobre su papá y la relación que mantiene con éste. Al respecto se evidencia que la menor pronuncia un discurso que pareciera ser el de la madre, y que se hace visible más en reclamo de una ex pareja, que de una hija, se le pone a reflexionar acerca de que tanto esta conducta aleja a su papá. Después de seguir con este tema, las terapeutas invitan a F a jugar. En esta ocasión elige un juego reglado (*Lotería*) en la que muestra a las terapeutas nuevas formas de jugar. Al cierre las terapeutas señalan la conducta de F y dan una connotación

positiva a las actitudes que mantuvo durante el juego, por medio de un resumen verbal de lo ocurrido en la sesión.

En relación a la observación se destaca que el juego que eligió F volvió a ser reglado, por lo que se consideró nuevamente defensivo, ya que previo al juego se estaba trabajando un tema importante, como es la relación de la menor con su padre. Esto la llevó a estar a la defensiva eligiendo un juego que obstaculiza la expresión simbólica.

*En la onceava sesión* F también llega puntual a la sesión y las terapeutas establecen el estadio social, en el que las terapeutas preguntan sobre cómo se ha ido organizando F en sus nuevas actividades. Al respecto F comenta que acude a terapia grupal los lunes de 12 a 2 de la tarde, situación que se desconocía por parte de las terapeutas, así que se comienzan a hacer preguntas acerca de la frecuencia, de lo que ha aprendido del abuso sexual y de su terapia grupal, siendo este último tópico en el que centran muchas de sus preguntas. Ante ello, F reacciona quedándose callada y diciendo “no sé”. Sin embargo puede lograr exteriorizar una pregunta importante que se plantea a sí misma: “¿Por qué me pasó a mí?”.

De esa manera se le da contención acerca de la confusión que puede estar sintiendo y se aprovecha esta interrogante para indagar la posición en la que F se coloca frente a la experiencia de abuso retomando la parte del autocuidado, en donde ella mencionó las formas en las que se cuida ahora para que esto no vuelva a suceder. Después del diálogo las terapeutas invitan de nuevo a la menor a escoger el juego, por lo que elige primero el juego del *Lince* y, posteriormente el *Memorama*. Al finalizar la sesión las terapeutas señalan el comportamiento de F y plantean lo que la niña se lleva de este día, diciendo que se da cuenta que no es la única que ha vivido cosas así porque todos los niños en su grupo de terapia les ha pasado algo similar y que debe de cuidarse para que vuelva a suceder.

De la observación de la sesión, se percibe que después de la conversación que se establece con la menor en relación con su proceso grupal, lo que ha aprendido y su experiencia, nuevamente surgió un juego defensivo (Lince y Memorama). Se tuvo la oportunidad de ver los recursos de la menor, como el que lograba dirigir su atención y que tenía buena memoria.

*En la doceava sesión*, última de la etapa 2, F es acompañada por su madre y llega puntual. Su aliño e higiene se notan adecuados, aunque su semblante de observa cansado y con desgano. Se establece el estadio social en el que preguntan acerca de la escuela y casa. A esto la menor da respuestas cortas y tajantes sin dar opción a explorar más; postura que ocurrió durante toda la sesión en la que en un 80 % del tiempo se presentó el silencio. Actitud que las terapeutas intentaban romper describiendo la conducta de F ante preguntas o estados de ánimo. El estado de ánimo de la menor ante los silencios parece un tanto cómoda, puesto que ante preguntas que se le hacen ofrece respuestas cerradas y cortas. Se señala el término del tiempo de sesión.

En cuanto a la observación, se analiza que en esta ocasión la menor dejó clara su intención de no querer hablar de ella, debido a que se mostró hermética, desinteresada y aburrida. Con sus respuestas cerradas no permitía el diálogo con las terapeutas, ya que ante los reflejos y señalamientos que se hacían, sólo respondía con una sonrisa. Con esto se observó una forma clara de resistencia que en esta sesión fue más que manifiesta.

### **Etapas 3**

A partir de esta treceava sesión se comienza el cierre para dar de alta a F, pues se observa que la niña ha logrado implementar el autocuidado por medio de las preguntas de intervención que se usaron a lo largo de la terapia donde ella misma pudiera reflexionar acerca de las cosas que estaba haciendo para evitar que sucediera de nuevo, además se le modeló a través del juego las formas en que podía cuidarse; y además la madre reporta que F ya no se queda sola en casa y, por lo mismo, se nota más tranquila; además la madre señala que se relaciona mejor con ella y con sus hermanas.

*En la treceava sesión,* aquí conviene comentar que F llega a la sesión y se le ve cansada. Como parte de la práctica, se establece el estadio social en donde la menor refiere que visitó Six Flags con su papá y a la vez se retoma que no asistió la sesión anterior porque su mamá estaba enferma. Como en las otras sesiones las respuestas que da son cortas y herméticas. Ante las preguntas que las terapeutas le formulamos las señalizaciones, F observa periodos de silencio que denotan desinterés más que reflexión.

Ante la situación se utiliza la técnica del grupo reflexivo en donde las terapeutas se preguntan qué pasará con F en la sesión; cabe mencionar que esta técnica generó que F cambiara su actitud. Las terapeutas comienzan a destacar los avances que la niña ha mantenido a lo largo del tiempo del trabajo, con el objetivo de marcar el cierre. Igualmente se observa que la menor no recuerda su motivo de consulta, sin embargo las terapeutas refieren los avances que ha tenido en cuanto a que ella es capaz de ubicar y llevar a cabo los autocuidados, como no abrir la puerta cuando está sola o fijarse antes de abrir y evitar salir sola.

Como parte del cierre se le pide escribir una carta para otras niñas que también hayan pasado por una situación similar, petición que produce que F se muestre mucho más interesada en la sesión. Después de esto se plantea la forma de cerrar y celebrar el logro del término de su terapia para establecer la forma en que se hará. Cierran la sesión con una actividad libre de dibujo. También se debe comentar que en su trazado F es capaz de reparar al realizar un dibujo en donde se coloca a ella con las terapeutas.



*Ilustración 1. Dibujo hecho por F a las terapeutas*

Como resultado de la observación, se percibe que el dibujo permitió ver los recursos fortalecidos de la menor, tales como su capacidad empática y de reparación, lo cual ya es un mecanismo más evolucionado.

*En la catorceava sesión* se le señalaron a F los avances que ha tenido, al tiempo que ella ubica las formas de autocuidados que ha sido capaz de llevar a cabo. Se le pide las cartas que redactó, pero con la condición de que sean las terapeutas quienes las lean. Las cartas dicen lo siguiente:

## Carta 1

*¡Hola! Sólo te quiero decir que lo que nos pasó es muy feo para nosotras y nos preguntamos por qué nos pasó yo igual me lo pregunto. Pero en fin ya nos pasó ya no pudimos hacer nada más que superarlo. Adriana y Karla son muy buenas personas y el espacio ya es tuyo y ahí vas a divertirte mucho y tú puedes escoger el juego que quieras y no tengas pena, tu (sic) sólo dile jugamos y ya al principio te van a hacer preguntas pero después ya te vas a divertir mucho y tienes que saber cómo cuidarte en tu casa, en la escuela, en la calle o en otros lugares, cuídate.*

## Carta 2

*¡Hola!...lo que te voy a decir es que lo que te pasó no es algo bueno y no sé si tú te preguntas por qué a mí me pasó, yo también me lo pregunto pero lo que te voy a decir es que no lo vas a olvidar pero si lo vas a superar y Adriana y Karla son muy buenas en que lo puedas superar y ellas te dicen que ése es tu espacio. Lo que yo te voy a decir es que le echas muchas ganas, diviértete mucho el espacio que era mío ahora es tuyo, cuídalo ten confianza a ellas, cuídate en tu casa, en la escuela, en la calle en todos lados y échale muchas ganas, yo sé que puedes.*

Seguido a esto, se le hizo entrega de una carta que también pidió que se le leyera. En la misma se resaltaron los recursos con los que contaba.

*Es para nosotras muy grato decirte que en el tiempo que trabajamos contigo durante tu proceso terapéutico nos dio mucho gusto conocerte y descubrir en ti a una jovencita con muchas cualidades y fortalezas.*

*Te agradecemos la confianza que nos brindaste para compartir con nosotras un poco sobre ti y permitirnos trabajar contigo a través del juego para encontrar formas de cuidarte a ti misma y relacionarte mejor con las personas que te rodean.*

*Estamos seguras que si te encontramos dentro de 10 años, serás una mujercita que habrá obtenido varios logros y tendrás muchas metas y proyectos en mente los cuales lucharás por alcanzarlos, pues sabemos que conforme pase el tiempo vas a ir resolviendo problemas como lo hiciste aquí.*

*Durante este tiempo nos mostraste muchas habilidades y cualidades con las que cuentas, como lo es tu deseo de ayudar a otras personas usando tu experiencia, lo que te ayudará a relacionarte de manera sana con las personas que convives; además mostraste tu habilidad para escuchar y estar atenta, lo que te servirá como herramienta para saber lo que pasa a tu alrededor y alejarte de situaciones que te puedan poner en riesgo.*

*F, recuerda que la persona más importante para ti eres tú misma y por eso debes de utilizar las habilidades de autocuidado que aprendiste en tus sesiones para que puedas mantener tu bienestar; que puedas decir que no cuando no estés de acuerdo o cuando haya algo que no te guste y buscar apoyo en las personas que te rodean cuando no sabes que hacer.*

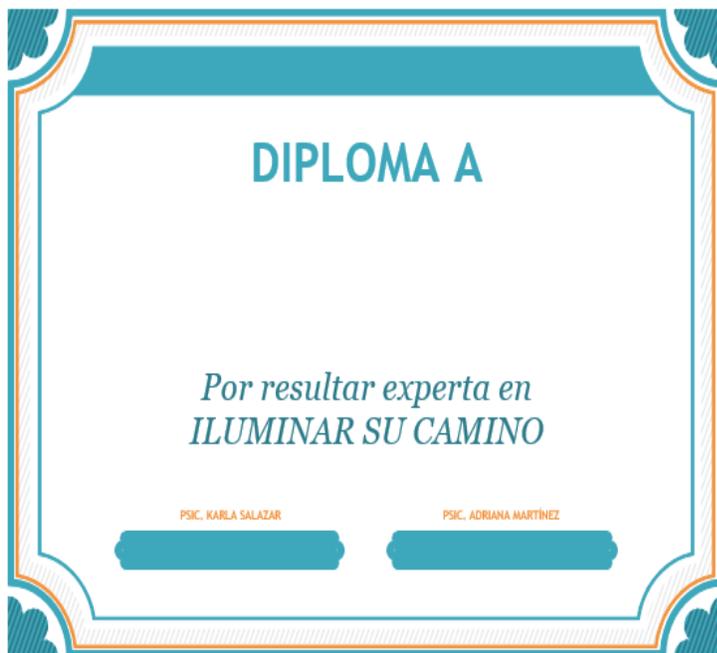
*Recuerda que aunque ya no vengas a tu terapia esperamos que cuando tengas una dificultad puedas leer estas líneas y recordar tu espacio terapéutico, así como los recursos y habilidades con las que cuentas para seguir siempre adelante y finalmente, no olvides que ERES UNA PERSONA QUE ILUMINA SU VIDA CON LUZ PROPIA.*

*Por todo lo anterior, ¡te deseamos mucho éxito!*

*Atentamente:*

*ADRIANA Y KARLA*

Además se le dio un diploma para reconocer el logro que había obtenido en el cual se usó una metáfora que había salido en una sesión de terapia.



*Ilustración 2. Diploma hecho para F*

Como parte final, se invita a pasar a su familia y se realizan los juegos que F había planeado. Se da un cierre del proceso terapéutico no sin recordarle por qué se había hecho la fiesta de graduación y, en ese momento, se da por terminado el proceso terapéutico.



*Ilustración 3. Fiesta de graduación de F*

De la observación se aprecia que en el juego ella se pone del lado de las terapeutas al sentirse atacada por sus hermanas y su mamá, ya que las tres estaban contra ella. También se advierte que F pudo internalizar las formas de autocuidado, situación que le permite comunicárselo a otros. El desarrollo socioafectivo se logró promover a lo largo de las sesiones por medio de la devolución de recursos positivos observados en cada una de las sesiones, ya que propició que su autoestima mejorara y por ende, cambiara la forma de relacionarse con su entorno de manera adecuada, lo que mejoró la interacción con sus hermanas pues comenzó a sentirse segura para poner límites de forma asertiva sin tener que recurrir a las agresiones lo que le permitió estar más cercana con ellas y su mamá.

En síntesis los resultados obtenidos se resumen de manera esquemática en el siguiente cuadro:

<b>Objetivos</b>	<b>Resultados</b>
<b>Promover el autocuidado</b>	Se logró que F fuera consciente de que debía cuidarse para prevenir que el abuso sexual se repitiera, por lo que logró internalizar medidas de protección como lo fue no abrir la puerta al estar sola, fijarse antes de abrir la puerta, evitar estar sola en ciertos lugares y cuidarse en todos los lugares a donde fuera.
<b>Promover el desarrollo socioafectivo</b>	Al haber fortalecido su autoestima devolviéndole sus recursos y habilidades demostradas en la sesión, logro relacionarse mejor con su entorno ya que pudo darse cuenta que existen formas de marcar límites sin recurrir a la agresión y además se le separó del problema dándole su valor como alguien externo a lo que le había sucedido, permitiéndole interactuar adecuadamente con su familia
<b>Prevenir el abuso sexual infantil</b>	Al haber internalizado medidas de protección se previene otro evento de abuso sexual, pues se le hizo consiente que ella debe jugar un papel activo dentro de la prevención.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el Centro de Atención de Servicios Psicológicos de la UNAM la demanda resulta muy alta, por lo que se busca que la modalidad de trabajo vaya enfocada en una terapia breve a fin de que más personas consigan tener acceso a sus servicios. Si se logran empatar dos modelos terapéuticos a partir de un objetivo y además se emplean de manera adecuada, los resultados pueden llegar a ser satisfactorios con los pacientes.

Hablar de la terapia narrativa es hacerlo de un modelo que permite ver al paciente desde otra perspectiva, es decir, separado del problema que lo ha envuelto y otorgándole a la vez realidades nuevas que le permitan encontrar significados nuevos. También es oportuno resaltar que en terapia narrativa se busca llevar a efecto una conversación exteriorizadora con la familia, con el propósito de hacer posible la delimitación del problema, al tiempo de investigar los intentos de solución de éste y los éxitos o fracasos en tales intentos. Es por eso que se trata de encontrar en el relato de las personas, las cualidades y virtudes que ellos sienten como importantes, a más de los caminos que perciben para poder llegar al estado que buscan conseguir; o sea se trata de que la familia llegue a ese nivel de expectativa que se necesita para movilizarse en busca de una solución, como en el caso de la madre de F. De esta manera, se pretende hallar historias alternativas que proyecten las virtudes, cualidades y habilidades de los integrantes de la familia, que evidencien la riqueza de sus vidas, lo que desean y pueden llegar a ser.

Otra área de oportunidad en la terapia narrativa es que se considera bastante relevante poder dar validez a los modos de expresión y comunicación propios de la niñez, en virtud de que para el niño es mucho más sencillo comunicarse con el terapeuta por medio de la fantasía y el juego dado que éstas son formas que a él le son familiares que a través de una conversación juiciosa y de carácter analítico.

Debido a que los menores ya pasan demasiado tiempo actuando (o tratando de actuar) como adultos al hacer lo que sus padres esperan que hagan y al comportarse correctamente en la escuela. Por lo que para tratar algo tan delicado para ellos como es su problema, se haga de un modo que les resulte familiar, que le sea interesante y, al mismo tiempo, les ayude a facilitar tomar responsabilidad por lo que les sucede.

A final de cuentas, la terapia narrativa además de impulsar un desarrollo emocional y personal apropiado y positivo, se considera también un excepcional instrumento para apoyar al niño en su desarrollo cognitivo, dado que al emplearse un lenguaje que le es cercano, el niño entonces determinará relatar su visión del mundo y lo que le sucede, al igual que desarrollar y llevar a cabo planes que le permitan solucionar sus conflictos por sus propios medios.

Por consiguiente, este tipo de terapia es una significativa opción para tratar los problemas que afectan a los niños, de una manera que es cercana a ellos, al usar sus propias formas de expresión (el juego, la fantasía, etc.), y con un lenguaje que comprenden, y que a la vez les da pie para tomar las decisiones que le ayuden a cambiar y ser lo que sueñan, sin ver limitado su desarrollo por los conflictos que tienen en su vida interpersonal ni por los reproches ininterrumpidos y la señalización que los adultos hacen con frecuencia cuando los menores no cumplen con sus propias expectativas. Es así que, mediante el juego, los niños resuelven o pueden resolver sus problemas por ellos mismos y de una forma lúdica y grata, que trascenderá en su desarrollo integral.

Por su lado, la terapia breve va en busca de que sea el paciente quien se dé cuenta de qué manera está influyendo en el problema. La eficacia de la terapia breve se encuentra demostrada en el caso de F, debido a que se alcanzaron las metas propuestas al inicio. Estas fueron hallar los recursos internos para poder ejercer

control sobre sí misma aprendiendo a cuidarse, y junto con ello reorganizar los lazos familiares. Mediante las técnicas de la terapia se localizaron los recursos y se enseñaron a ampliar éstos.

La eficiencia de la terapia breve se encuentra demostrada ya que en este caso de abuso sexual se requería cumplir el máximo de objetivos y se tenía un corto lapso para ello. No obstante se cumplieron todos los objetivos propuestos, al cambiar la disposición de F, de generar el autocuidado y promovió el desarrollo socioafectivo de la menor. Estos objetivos fueron logrados durante las sesiones.

Por lo que la combinación de ambos modelos (narrativo y terapia breve) resultó adecuada para trabajar el caso planteado. De esta manera se buscó que F comprendiera lo que le había pasado, ya que la terapia narrativa pretende que cada individuo le otorgue un sentido a la experiencia vivida, a fin de crear historias que son interpretadas desde el significado que se le da. Es por esta razón que a partir de este entendimiento se orientó la promoción de su autocuidado y, en consecuencia, evitar que volviera a suceder.

Cuando analizamos el caso desde la terapia narrativa, se encuentra que F estaba saturada del problema en relación con el abuso sexual que había sufrido. Esto en virtud de que pareciera que su vida giraba en torno del abuso tanto por parte de ella, como de la familia y del contexto que le rodeaba al estar en proceso legal.

Como señala Smith (1997) cuando los niños sufren abuso y saturan su historia del problema, los limita a ver las cualidades que pueden ayudarlos a sobreponerse. Es por eso que plantea que la experiencia sea vista como algo que sucedió en el pasado y que aun cuando genere malestar en el presente, en el futuro ya no le causará más daño.

Durante las primeras sesiones y en la entrevista con la madre, se observó que el problema estaba dominando la vida de la niña y parecía que hablar de ella era hablar del abuso. La historia saturada del problema limita la perspectiva, elimina los hilos de esperanza y el significado positivo y excluye posibilidades y potenciales nuevos (Freeman et al, 2001).

En las sesiones de evaluación la menor refirió en más de una ocasión la incertidumbre de no saber por qué le había pasado eso a ella. Al respecto se concuerda con Freeman (2001) cuando dice que el problema puede parecer abrumador para la persona, que se ve incapaz de dominar su propio defecto o impotente para incidir en el problema, pero en ese momento se necesitaba que a través de su experiencia, ella pudiera identificar de qué manera podía cuidarse porque el agresor vivía muy cerca de su casa y corría el riesgo de que pudiera repetirse el episodio si ella no tomaba las medidas adecuadas.

En cuanto al discurso de la madre, se escuchaba una madre que había sido negligente y que en ese momento pudiera estar sintiendo culpa por no haber tomado las medidas necesarias la primera vez que sucedió el abuso. Esta indiferencia había propiciado que sucediera nuevamente, lo cual coincide con lo dicho por Echeburúa & Guerricaechevarría, (2011) quienes mencionan “que en los padres llegan a existir sentimientos de culpa y fracaso por no haber cuidado al niño”.

Este sentimiento pudo haber orillado a la madre a meter a la niña a diversos tipos de atenciones para que le ayudaran a reparar su negligencia, debido a que no le había enseñado a cuidarse y a evitar situaciones de riesgo. Lo anterior se demuestra a través de lo que refiere Echeburúa & del Corral (2010) al decir que “los sentimientos de vergüenza, culpa, de cólera, pena, de miedo y ansiedad, pueden afectar a los padres de tal manera que se muestran incapaces de proteger al niño adecuadamente”.

Esta saturación del problema no permitía ver a la familia y a la misma niña los recursos con los que se contaba, incluso la menor se observaba inhibida a la hora de expresarse e insegura de sí misma a la hora de interactuar. Al respecto, White y Epston (citados en Freeman et al, 2001) señalan que “una historia que describe de manera negativa a la persona tiende a configurar de forma desfavorable los pensamientos y la conducta. Cuanto más se atiende a los defectos o a la disfunción, se vuelve más difícil de tratar la parte negativa”.

Como terapeuta, mi trabajo de investigación fue escuchar de manera empática y con respeto a la menor, aunque ella verbalizaba su problema, de lo que se trató fue de no comprender lo que la F quería decirnos al exteriorizar su problema, sino más bien tratar de resolver la problemática que planteaba. De acuerdo con Freeman et al (2001) “como terapeutas podemos sentirnos inclinados a solucionar o normalizar el problema de inmediato y al intentar dar a la situación un aspecto positivo prematuramente, ante ello es posible que el paciente sienta que no hemos entendido lo que ha vivido”.

Es así que en el momento en que F logra hablar del problema haciendo mención a lo del abuso sexual, su dificultad para entenderlo y el deseo de olvidar, lleva a la necesidad de entablar con ella una conversación exteriorizadora, en la cual el terapeuta, según Freeman et al (2001) “trata de escuchar con atención, unirse con el paciente, es flexible y se adecúa continuamente a la conversación en curso y ésta servirá en la medida en que permanecemos estrechamente unidos con el paciente”.

La conversación exteriorizadora sirve para que las relaciones entre el problema y la persona se puedan revisar. Una vez que pudimos comprender de qué manera F estaba viviendo el problema y cómo éste afectaba las otras esferas de su vida, se buscó devolverle los recursos con los que contaba. De tal manera que pudiera

regresar la seguridad en sí misma y de esta forma entendiera el porqué era prioridad que en ese momento se cuidara a sí misma.

En este sentido, se buscó que F pudiera percatarse de qué estaba haciendo ella para cuidarse y cómo ciertas conductas podían orillarla a estar en una situación de riesgo nuevamente, por lo que aquí fue útil lo que maneja Hewitt & Gantiva (2009) respecto a la terapia breve, al decir que se busca incrementar la conciencia de los clientes acerca de sus comportamientos problema, así como de su capacidad y motivación para comenzar a hacer algo al respecto.

Asimismo, el externalizar los problemas resulta elemental para el desarrollo conveniente de F, pues al observar el problema como algo separado de ella, no ve afectada su propia identidad. De esta manera, el tener en consideración no solamente los elementos negativos de la menor, sino también resaltar sus habilidades y cualidades, lleva a que F desarrolle una autoestima más positiva y realista. Las dos cosas resultan de suma importancia en el contexto actual en que las estadísticas de maltrato psicológico a los niños son enormes y gran parte de éste corresponde a descalificaciones del menor por parte de sus padres, familia y también educadores.

En esta línea temática, la madre mostraba dificultad para reconocer los recursos con los que contaba la menor, ya que existía una relación ambivalente entre ambas, lo que dificultaba que la madre pudiera reflejarle recursos positivos a F que le permitieran afrontar la problemática de otro modo.

De ahí que si nos remontamos a la infancia de F, se puede observar que esta relación ambivalente comenzó a formarse desde los primeros años de vida de la menor, ya que de acuerdo con la historia de vida de la niña, la madre desde un inicio mostró ese rechazo hacia ella. Al hablar desde Winnicott y la función materna, se

reconocería que los cuidados maternos esperados no fueron cubiertos al saber que los primeros meses la niña le causaba sensación de miedo a la mamá, lo que no permitió que se diera una interacción en donde la madre pudiera devolverle la mirada a la bebé.

Cuando analizamos lo que sucedió en el primer evento de abuso sexual cometido hacia F, se podría observar no sólo la negligencia de la cual hablamos anteriormente, sino también vemos que la madre no dio crédito al testimonio de su hija, ni le dio la importancia que merecía desde ese momento. Aquí Echeburrúa y de Corral (2006) señalan que “la familia forma parte fundamental en el manejo del abuso sexual infantil; el apoyo parental, especialmente de la madre, que se le da al creerle y protegerlo”. Refieren que “es un elemento clave para que las víctimas mantengan o recuperen su nivel de adaptación general después de la revelación”.

Al respecto, ambos investigadores complementan que “debido a que la sensación de ser creídos sirve como mecanismos para predecir la evolución a la normalidad de los niños víctimas de abuso sexual”. Sin embargo esto no pudo darse en el primer suceso, ya que la madre no le dio la atención que requería, lo que hizo que las secuelas del segundo evento de abuso sexual, se juntaran con el del primero.

Por medio de las cartas que F realizó, se trabajó con las historias alternativas. En este punto Freeman et al (2001) subraya que aquí “el niño desarrolla historias de cambio y esperanza donde existe un elemento heroico, donde el problema es antagonista”. Se desarrolla una visión alternativa, que contrasta con la imagen problemática del niño. En estas cartas F logró reconocer que no podrá olvidar lo del abuso pero sí puede superarlo, además brinda alternativas de autocuidado, por lo que se observa que busca darle otro sentido a lo sucedido y tomarlo como experiencia para aprender a cuidarse.

En cuanto a la carta profecía que se le entregó a F, se buscó que se pudiera llevar los recursos que descubrió en su proceso con la perspectiva de las terapeutas, pero usando las metáforas y palabras que ella había planteado a lo largo de sus sesiones lo que permitió que pudiera comprobar que había sido escuchada al usar su discurso. Al respecto Payne (2001) señala que los documentos terapéuticos resumen los descubrimientos de la persona y permiten describir su propio progreso. Se pueden conservar para utilizarlos de nuevo en el futuro o cuando tenga necesidad de ellos.

Finalmente, el objetivo de realizar su fiesta de graduación fue que F pudiera reconocer que los cambios que había logrado y los recursos que había adquirido eran algo trascendente ya que esto impactaría de forma positiva en su vida y se concordó con lo dicho por Freeman et al (2001) cuando menciona que las graduaciones dentro de la terapia narrativa se dan cuando se producen transiciones importantes en la vida de los niños y es un momento donde se hablan de los cambios logrados.

Se puede concluir que el enfoque narrativo tuvo éxito en los objetivos planteados en la intervención de F, por lo que pudo realizarse en forma breve a lo largo de 14 sesiones contando la evaluación. Una de las limitaciones que se presentaron fue que a mitad del proceso tuvo que convertirse en terapia breve ya que nos informó la mamá que pronto comenzaría otro proceso terapéutico como parte de los trámites de la demanda en CTA. Por este motivo se tomó la decisión de que fuera más focalizada y se establecieron dos metas por trabajar de la terapia: el autocuidado y promover el desarrollo socioafectivo. Esta decisión se determinó al considerarse que no era correcto que la niña estuviera sometida a tantos procesos terapéuticos, en virtud de que acababa de finalizar uno en grupo.

Otra limitación fue que la familia de F mostró dificultad para cooperar en el proceso tanto por parte de la madre como de las hermanas al mostrar una actitud apática, misma que se reflejó no sólo en lo que F contaba, sino también en su fiesta de graduación.

Debido a la prevalencia que existe de abuso sexual y las consecuencias que esto trae, es importante que se implementen terapias breves y focalizadas a lo hora de trabajar con estos casos. Particularmente este caso se trabajó en coterapia en cámara de Gesell, lo que permitió que se ampliara el panorama al momento de analizar el caso y establecer los focos de intervención.

Es necesario subrayar que el proceso de terapia narrativa, al no ser rígido, generó confianza y seguridad en F, con lo que podía controlar sus temores y ansiedades. Cabe comentar que el hecho de que F hablara de la problemática del abuso, cuando ella se sintió lista durante el proceso terapéutico, dio lugar a que F se expresara de manera progresiva con mayor familiaridad y convicción y que sintiera que se deseaba ayudarla. Asimismo, al no tocar el origen del problema produjo que F no se sintiera estigmatizada por la problemática en que se vio inmersa.

Finalmente se debe hacer mención que este caso lo tomé porque el abuso sexual en menores representa un problema de alta incidencia en nuestro país. Además en este tipo de violencia se encuentran situaciones muy particulares en virtud de que tradicionalmente el entorno familiar debería ser el núcleo protector para el desarrollo físico y emocional de sus integrantes, y no violencia y abuso de poder, que con frecuencia de manera invisible se presenta dentro de los hogares, y “muchas veces sin que exista una petición de ayuda o una denuncia, llega a prolongarse por años hasta constituirse en un estilo de vida” (Trujano, 1994; 1997). De ahí que la terapia psicológica abre la posibilidad de generar estrategias de vida que proporcionen

herramientas efectivas que contribuyan a evitar que esta transgresión contra el menor se suscite nuevamente.

Asimismo, como parte de las sugerencias se establece que la terapia narrativa es funcional en el tratamiento del abuso sexual en los menores, ya que permite trabajar el problema desde otra perspectiva y de una manera menos intrusiva dando pie a que pueda trabajarse con diferentes técnicas de este enfoque. Así como F que logró que cambiara la manera de ver y de actuar frente al “problema” y además consiguió darle un significado diferente a sus experiencias.

Considero que algo trascendente en casos de abuso sexual usando la terapia narrativa es a través de separar al menor del problema con la externalización de este y de esta manera se le pueden brindar las historias alternativas, destacando sus recursos empleados para resolver otros conflictos. El uso de los documentos terapéuticos también son una herramienta dentro del proceso de terapia si el niño o niña cuenta con la habilidad de expresarse por medio de la escritura, como fue el caso de F. De no ser así, el dibujo como medio de expresión también puede utilizarse con un enfoque narrativo. De igual forma, el poder plantear preguntas estratégicas de acuerdo al discurso que se va dando en la sesión, es esencial para lograr enriquecer la terapia.

Las aportaciones en este estudio radican en que es una problemática relativamente poco tratada en la literatura científica desde el enfoque de la terapia narrativa. Por consiguiente el presente estudio deberá ampliarse a fin de profundizar en futuras investigaciones que permitan más afrontamientos positivos.

Como reflexión final, se puede decir que F conoció formas de autocuidado para prevenir que vuelva a ocurrir el abuso sexual y de esta manera pueda sentirse más segura. También aprendió a relacionarse mejor con sus hermanas, situación que

fue referida por la mamá, lo que le permitía estar más tranquila dentro de su entorno familiar.

Como conclusión se puede señalar que es esencial trabajar con menores que han sido abusados sexualmente en virtud de que esto permitirá prevenir futuras agresiones, y al mismo tiempo conseguir que el menor elabore la experiencia tolerada y responda de manera asertiva más adelante a sucesos que podrían volver a presentarse.

## Referencias

- Abarza, P. y Olivares, A. (2000). *Estudio exploratorio descriptivo de interacciones del sistema familiar en familias con abuso sexual infantil* (Tesis para optar al título de psicólogo). Universidad de Chile, Chile.
- Andolfi, M. (1997). *Tiempo y mito en la psicoterapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Andrade, P. y Betancourt, D. (2009). Escala de percepción del control parental de niños. *Investigación Universitaria Multidisciplinaria*, 6 (6). 26-34.
- Andrade, P. y Betancourt, D. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud mental*, 35 (1). 29-36.
- Arruabarrena, M. I. y De Paúl, J. (1992). Validez convergente de la versión española preliminar del Child Abuse Potential Inventory: Depresión y ajuste marital. *Child Abuse and Neglect*, 16, 119-126.
- Azaola, E. (2010) *Violencia intrafamiliar y Maltrato infantil*. México: CNDH.
- Besten, B. (1997). *Abusos Sexuales en los niños*. Barcelona: Edit. Herder.
- Bertalanffy, V. (1976). *Teoría general de sistemas*. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Blos, P. (1970). *Los comienzos de la adolescencia*. Buenos aires: Amorrortu.
- Borum, R. (2000). Assesing violence risk among youth. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1263-1288.
- Campillo, M. (2013). Terapia narrativa de juego. *Haciendo Psicología*, 1-30
- Craig, G. (2009). *Desarrollo psicológico*. México: Pearson.
- Cuervo, A. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas- Perspectivas en Psicología*, 6 (1). 111-121.
- Delahanty, G. (1987). *Secuencia: ciclo vital, imaginación y crisis: Modelo psicoanalítico-social de Eric Erikson*. México: UAM-Azcapotzalco/SEP.
- Delval, J. (2007). *El desarrollo humano*. Madrid: Siglo XXI

- Echeburúa, E. (2009). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 75-82
- Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Psicología Conductual*, 19 (2). 469-486
- Eguiluz, L. (2003). *Dinámica de la familia: Un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax.
- Estrada, L. (2012). *El ciclo vital de la familia*. México: De bolsillo.
- Farrington, D. & Loeber, R. (1999). Transatlantic replicability of risk factors in the development of delinquency. *Historical and geographical influences on psychopathology*, 299-329.
- Fernández Ríos, L. y Rodríguez, F.J. (2002). Prevención de la violencia en una sociedad violenta: hechos y mitos. *Psicothema*, 14, 147-154.
- Font, P. (2006). Teoría del desarrollo psicosexual. *Instituto de Estudios de la Sexualidad y la Pareja*.
- Freeman, J., Epston, D. & Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños*. España: Paidós.
- Freud, A. (1972). *Normalidad y patología en la niñez*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos sobre una teoría sexual*. Madrid: Amorrortu
- Garibay, S. (2013). *Enfoque sistémico: Una introducción a la psicoterapia familiar*. México: Manual Moderno.
- García, J., & Román, J. (2005). Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema*, 76-82.
- García, J. *Técnicas narrativas en psicoterapia*. Madrid: Editorial Síntesis
- Gantiva, C. & Hewitt, N; (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27 165-176.

- González, J. (1995). *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes*. México: Trillas.
- Gracia, E. y Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Kazdin, A.E. y Buela-Casal, G. (1997). *Conducta Antisocial. Evaluación, Tratamiento y Prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Lizarraga, S. & Ayarra, M. (2001). Entrevista motivacional. *Anales SisSan Navarra*, 24, 43-53.
- Manly, J. T. (2005). Advances in research definitions of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 29, 425-439.
- Marchetti, R. & Mojarro, M. (2006). *Guía para el diagnóstico presuntivo del maltrato infanto-juvenil*. México.
- Martínez, I. & García, J. F. (2007). Impact of parenting styles on adolescents' self-esteem and internalization of values in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (2), 338-348.
- Martínez, B., Murgui-Pérez, S., Musitu-Ochoa, G. & Monreal, M. C. (2008). El rol del apoyo parental, las actitudes hacia la escuela y la autoestima en la violencia escolar en adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8 (3), 679-692.
- Milevsky, A. & Schlechter, M. (2006). Maternal and paternal parenting styles in adolescents: associations with self-esteem, depression and life-satisfaction. *Child and Family Studies*, 16, 39-47.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Miller, W.R., & Sánchez, V.C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. En *Issues in alcohol use and misuse by young adults* (pp. 55-82). Notre Dame: University of Notre Dame Press
- Minuchin, S & Fischman, C. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, S. (2004). *Familias y terapia familiar*. México: Editorial Gedisa.

- Musitu, G. (2002). Las conductas violentas de los adolescentes en la escuela: el rol de la familia. *Aula abierta*, 79: 109-138.
- Nardone, G., Giannotti, E. & Rocchi, R. (2003). *Modelos de familia*. España: Herder.
- Nash, M., Hulseley, T., Sexton, M., Harralson, T., & Lambert, W (1993). Long-term sequelae of childhood sexual abuse: Perceived family environment, psychopathology, and dissociation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 276-283.
- Padilla, M. (2009). *Psicoterapia de juego*. México: Plaza y Valdés
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2010). *Desarrollo humano*. México: Mc Graw Hill.
- Parker, J. & Benson, J. (2004). Parent-adolescent relations and adolescent functioning: self-esteem, substance abuse, and delinquency. *Adolescence*, 39, 519.
- Pérez, J., Valderrama, J., Cervera, G. & Rubio, G. (2006). *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Pichardo, M., Justicia, F. & Cabezas, M. (2009). Prácticas de crianza y competencia social en niños de 3 a 5 años. *Pensamiento Psicológico*. 6 (13). 37-48.
- Pinto, M. L. (1999). *Violencia y explotación sexual contra niños y niñas en América Latina y el Caribe*. Montevideo: Instituto Interamericano del Niño-OEA.
- Richaud De Minzi, M. (2005). Estilos parentales y estrategias de afrontamiento en niños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 47-58.
- Ruiz, S., Roosa, M. & González, N. (2002). Predictors of self-esteem for mexican american and european american youths: a reexamination of the influence of parenting. *Journal of Family Psychology*, 16 (1), 70-80.
- Rutter, M., Giller, H. y Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people*. New York: Cambridge University Press.
- Sánchez, J. (2008). *Familia y Sociedad*. México: Porrúa
- Schaefer, C. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual Moderno.

- Sipos, L. (2003). *Trastornos de conducta en la infancia y la adolescencia. Un desafío a nuestra capacidad de adaptación como terapeutas*. Madrid: Popular.
- Slomkowski & Robins. L. (1998). *Historical an geographical influences on psychopathology*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum
- Smith, C. & Nylund D. (1997). *Narrative therapies with children and adolescents..* New York, USA: The Guildford Press.
- Stiles, W., Leiman, M., Shapiro, D., Hardy, G., Barkham, M., Detert, N. & Llewelyn, S. (2006). What does the first exchange tell? Dialogical sequences analysis and assimilation in very brief therapy. *Psychotherapy Research*, 16 (4), 408-421.
- Trujano, R. (1994) Violencia y mujer. *El Cotidiano*. . 63, 42-50.
- Trujano, R. (1997) Violencia en la familia. *Revista Psicología y Ciencia Social*, 2, 10-19.
- Valdivia, C. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. Universidad de Deusto. *La Revue du REDIF*, 1, 15-22.
- Vargas, J. y Oros, L. (2011). Parentalidad y autoestima de los hijos: Una revisión sobre la importancia del fortalecimiento familiar para el desarrollo infantil positivo. *Revista Apuntes universitarios*, 1(1). 143-156.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- White, M. (1994). *Deconstrucción y terapia*. En M. White, Guías para una terapia familiar sistémica. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (1995). Therapeutic documents revisited. En *Re-authoring Lives: essays and interviews*. Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M. (1997). The ethics of collaboration and de-centered practice. En *Narratives of Therapist' lives*. Australia: Dulwich Centre Publications.
- Winnicott, D. (1960). *El niño y su mundo externo*. Buenos Aires: Paidos

Zacarías, X. (2014). *Prácticas parentales, empatía y conducta prosocial en preadolescentes*. (Tesis Doctorado en Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.