

2014

“Danza movimiento terapia y abuso sexual”

Tesina de Investigación para obtener el título de:

Máster en Danza Movimiento Terapia.

Por **Claudia Cortés Salinas**

Tutora: Rosmarie Cammany

Barcelona, noviembre de 2014.

MÁSTER EN DANZA MOVIMIENTO TERAPIA

Índice

RESUMEN	4
RESUM	5
ABSTRACT	6
PRESENTACIÓN.....	7
1. Introducción	8
2. Objetivo y Metodología.....	11
3. Violencia	12
3.1 La violencia en cifras.....	13
3.2 Violencia Sexual.....	14
3.3 Violencia sexual en los conflictos armados	16
3.4 Violencia de género	19
3.5 Tipología del abuso sexual	23
3.6 Sintomatología y secuelas psicológicas y psiquiátricas	25
3.7 Efectos físicos	27
3.8 Técnicas de prevención	28
4. Comunidad autónoma de Cataluña.....	30
4.1 Penalización del abuso sexual	30
4.2 Provincia de Barcelona	32
4.3 El papel de los órganos de gobierno	33
4.4 Abordaje y protocolo de actuación en caso de abuso sexual infantil	41

4.5	Instancias de atención especializada	45
5.	Danza movimiento terapia.....	46
5.1	Definición y enfoque	46
5.2	El trabajo a través del cuerpo en el abuso sexual. Aportaciones de la DMT	52
5.3	El encuentro de la danza movimiento terapia y el abuso sexual.....	57
5.4	Reflexiones sobre la experiencia en la práctica clínica en danza movimiento terapia .	61
5.4.1	Proceso 1.....	63
5.4.2	Proceso 2.....	67
5.4.3	Proceso 3.....	71
5.4.4	Proceso 4.....	75
5.4.5	Proceso 5.....	79
6.	Conclusiones	84
7.	Referencias bibliográficas	87
8.	Anexos.....	98
8.1	Anexo 1	99
8.2	Anexo 2	101
8.3	Anexo 3	102
8.4	Anexo 4	103
8.5	Anexo 5	104
8.6	Anexo 6	105
8.7	Presentación defensa de tesina	106
9.	Agradecimientos	110

RESUMEN

La organización mundial de la salud, señala que la mayor parte de las agresiones sexuales tienen como víctimas a mujeres y niñas, y son perpetradas por hombres y niños. En algunos países, casi una de cada cuatro mujeres señala haber sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja y hasta una tercera parte de las adolescentes han sufrido una iniciación sexual forzada. Estudios especializados hacen referencia del porcentaje de mujeres que han sufrido alguna forma de abuso sexual antes de los 18 años de edad. Del mismo modo, encuestas mundiales demuestran que entre el 10% y el 69% de las mujeres señalan haber sido agredidas físicamente por una pareja masculina en algún momento de sus vidas.

La violencia sexual infantil devenga en sus víctimas toda una serie de repercusiones y secuelas psicológicas, emocionales, sociales; pone en compromiso el desarrollo integral del individuo, e influencia en el despliegue de una serie de patologías en la edad adulta. La presente investigación hace una revisión teórica acerca de la violencia sexual y la violencia de género, además de las aportaciones del proceso de recuperación a través de la danza movimiento terapia en esta población. Así como un recorrido del marco de actuación de los organismos de orden público de la ciudad de Barcelona para la atención y detección en casos de abuso sexual.

Palabras clave: Abuso Sexual, danza movimiento terapia, violencia de género.

RESUM

L'organització mundial de la salut, assenyala que la major part de les agressions sexuals tenen com a víctimes a dones i nenes, i són perpetrades per homes i nens. En alguns països, gairebé una de cada quatre dones ha estat víctima de violència sexual per part de la seva parella i fins a una tercera part de les adolescents han sofert una iniciació sexual forçada. Estudis especialitzats fan referència al percentatge de dones que han sofert alguna forma d'abús sexual abans dels 18 anys. En el mateix sentit, enquestes mundials assenyalen que entre el 10% i el 69% de les dones diuen haver estat agredides físicament per una parella masculina en algun moment de la seva vida.

La violència sexual infantil provoca a les seves víctimes una sèrie de repercussions i seqüeles, psicològiques, emocionals, socials; compromet el desenvolupament integral de l'individu, i provoca l'aparició d'una sèrie de patologies a l'edat adulta. La present investigació fa una revisió teòrica de la violència sexual, de la violència de gènere, i de les aportacions del procés de recuperació a través de la dansa moviment teràpia d'aquesta població. També es mostra el recorregut del marc d'actuació dels organismes d'ordre públic de la ciutat de Barcelona per a l'atenció i detecció en casos d'abús sexual.

Paraules clau: Abús sexual, dansa moviment teràpia, violència de gènere.

ABSTRACT

The World Health Organization says that the majority of sexual assaults whose victims are women and girls, and is perpetrated by men and boys. In some countries, almost one in four women report having experienced sexual violence for their partner and even a third of adolescent girls report forced sexual initiation. Specialized studies relate the percentage of women who have suffered some form of sexual abuse before age 18. Similarly, global surveys show that between 10% and 69% of women having been physically assaulted for a male partner at some point in their lives.

Child sexual violence on its victims accrues a number of implications and psychological, emotional and social consequences; commitments put into development of the individual, and influence on the deployment a set of pathologies in adulthood. This research makes a theoretical review about sexual violence and genre violence, in addition to the contributions the recovery process trough dance movement therapy with this population. Also show the way of the state government agencies in Barcelona handles the detection and care in cases of sexual abuse.

Keywords: sexual abuse, dance movement therapy, gender violence.

PRESENTACIÓN

Abordar el colectivo de mujeres en esta investigación surge de la necesidad de hacer mención de uno de los problemas mundiales con mayor incidencia y sin indicios de disminución: el abuso sexual. Así como fuente de información donde se reflejan datos veraces obtenidos en artículos electrónicos, estadísticas oficiales, bibliografía especializada, con casos puntuales y específicos que sirven como ejemplo y referencia que a la vez lleve a una detenida reflexión sobre el tema.

Escribir sobre violencia sexual y de género ha de abordarse a través de la cautela, puesto que sería fácil cobijarse en las estadísticas que claramente marcan la mayoría de víctimas mujeres, por sobre una cifra simbólica de las víctimas hombres. Olvidándonos así de la población masculina afectada también existente. No obstante, la presente investigación se remitirá al género femenino por ser el sector al que se ha tenido acercamiento experimentando la danza movimiento terapia.

1. Introducción

A lo largo de la práctica clínica he tenido acceso a diversos sectores de la comunidad femenina, pudiendo adentrarme en la observación directa y trabajo en conjunto con poblaciones vulnerables y personas en riesgo de exclusión social. En México desarrollé mi labor a través de un centro de atención a víctimas de delito (instancia del gobierno del Estado de Veracruz), y en España en tres sitios distintos de la ciudad de Barcelona: una casa de acogida para mujeres en situación de violencia machista con sus hijos e hijas, una fundación dedicada a la atención y prevención del abuso sexual ocurridos en la infancia y adolescencia, y el Centre Penitenciari de Dones¹, todos colectivos de mujeres con diversos contextos sociales.

Los datos obtenidos por el Banco Mundial en 2012, expresan que un 49.6% de la población mundial son mujeres, mientras que en España la estadística reflejó una mayoría femenina en su población. Sector al que se enfoca la presente investigación y a continuación se detallará.

En Barcelona, una de las cuatro provincias de Cataluña, comunidad autónoma de España, residimos una población estimada en 5.540.925 personas² (Institut d'Estadística de Catalunya. Generalitat de Catalunya., 2013); que representa el 73.3% de la totalidad de los habitantes de Cataluña (7.553.650, Idescat 2013). El resto se sitúa en las provincias de Tarragona (10.7%), Girona (10%) y Lleida (5.8%). Del total de la población de

¹ Centro Penitenciario de Mujeres.

² Las estadísticas harán referencia mayormente al 2013, al ser cifras cerradas, en comparación al 2014 que tendrían que ser datos parciales.

Barcelona, el 48.9% son hombres (3.725.318), y el 51.0% mujeres (2.829.522). El grueso de la urbe femenina barcelonina se sitúa en el rango de edad de los 15-64 años (65.29%), mientras que la mayoría de mujeres residentes de la provincia de Barcelona tienen edades comprendidas entre 35-39 años.

En Barcelona, dentro de las instancias de actuación que dependen de la Generalitat de Catalunya se encuentra el Departamento de Justicia, que en su informe de 2013 indicó la atención de 7.316 personas a través de la Oficina de Atención a la Víctima del Delito (OAVD), de los cuales 6.703 fueron mujeres y 613 hombres. Cabe detenerse para hacer mención de la marcada diferencia de cifras en relación del sexo de la población atendida, afirmando que las mujeres son la principal receptora de los delitos. La desigualdad de género en lo que a los delitos respecta es más que clara señalando un 91.62% de víctimas mujeres.

En la estadística de dicho año se hace mención a un listado de 61 delitos, de los cuales 9 están relacionados al abuso sexual, 12 con la violencia del género y el resto con otro tipo de delitos. Los resultados del 2013 muestran mayor incidencia en los delitos de lesiones por violencia de género 20.30% (953 casos), maltrato por violencia de género 17.53% (823 casos), y violencia doméstica no habitual 15.31% (719 casos), en un total de 4.695 víctimas. La agresión sexual aparece en el onceavo lugar con 234 casos.

La ciudad cuenta con una serie unidades de primera atención, de acceso gratuito, para el abordaje de necesidades básicas de la población, dentro de las cuales se encuentran los centros de servicios sociales básicos (pertenecientes al ayuntamiento municipal), y los

centros de atención primaria del Institut Català de la Salut (de la Generalitat de Catalunya). De éstos se despliegan aquellos servicios de carácter especializado en diversas temáticas. En el caso específico del abuso sexual infantil y adolescente sobresalen la atención de la Dirección General de Atención a la infancia y adolescencia (DGAIA), junto con sus equipos (EAIA's). Y para la atención de mujeres adultas, los PIAD's (Punts d'informació y atenció a les dones), y el SARA (Servei d'atenció, recuperació i acollida), que en caso de abuso sexual han de canalizar igualmente a otra instancia.

Al llevar a cabo esta investigación se hizo contacto presencial con los servicios sociales de tres distritos de la ciudad y uno de los diez puntos de información y atención a las mujeres.

2. Objetivo y Metodología

El trabajo como terapeuta, a través de la danza y el movimiento, me ha llevado a mirar desde otra posibilidad de visión la atención a este importante sector de la sociedad. La razón de este cambio es que a través del trabajo terapéutico del movimiento se puede acudir al cuerpo como principal herramienta de trabajo y lograr subsanar parte del evento traumático resultado del acto violento de la agresión sexual.

Esta investigación se abordará a partir de una revisión teórica, de carácter cualitativo y de tipo descriptivo, a partir de la exploración en bases de datos como: Sage, Springe, Scielo, Sciencedirect, Elsevier, Dialnet y el Dispositivo Digital de Documentos de la UAB; así como de revistas especializadas tales como: American Journal of Dance Therapy, The arts in Psychotherapy, The international Journal of Child Abuse and neglected, Journal of child sexual abuse, Journal of personality disorders, entre otros. Buscando que el resultado final sirva como base a emplearse en investigaciones futuras que permitan generalizar resultados. Asimismo, que el recorrido por el funcionamiento de las instancias especializadas en el territorio de Barcelona, el contacto con las oficinas de tres distritos seleccionados, la revisión de estadísticas oficiales, el marco de actuación y el abordaje que se hace de esta problemática sirvan como método preventivo e informativo para el lector.

3. Violencia

La Organización Mundial de la Salud, en su informe mundial sobre la violencia y salud (2002), divide los comportamientos violentos en categorías según quién ha cometido el acto, quién es la víctima y el tipo de violencia cometida, quedando así tres grandes grupos: la violencia interpersonal, el suicidio y violencia autoinfligida, y finalmente la violencia colectiva. “No existe un factor que explique por sí solo por qué una persona se comporta de manera violenta y otra no lo hace...” (Organización Panamericana de la Salud, 2002, p.10).

A la vez hace mención de un modelo ecológico que toma en cuenta factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos para ahondar en los orígenes de la violencia. Se estudian cuatro niveles: individual, relacional, los contextos comunitarios, y los referentes a la estructura de la sociedad. Partiendo de la postura de que el fenómeno de la violencia es sumamente difuso así como complejo, que impide tener una definición científica y siendo una cuestión de apreciación donde la cultura interviene en la noción de lo que es aceptable e inaceptable, y donde la amplia variedad de códigos morales se hace presente, la OMS hace la siguiente definición:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (Organización Panamericana de la Salud, 2002, p. 5).

Así mismo, clasifica la violencia por naturaleza y según por quién ha cometido el acto violento, como lo muestra la siguiente ilustración:

Clasificación de la violencia

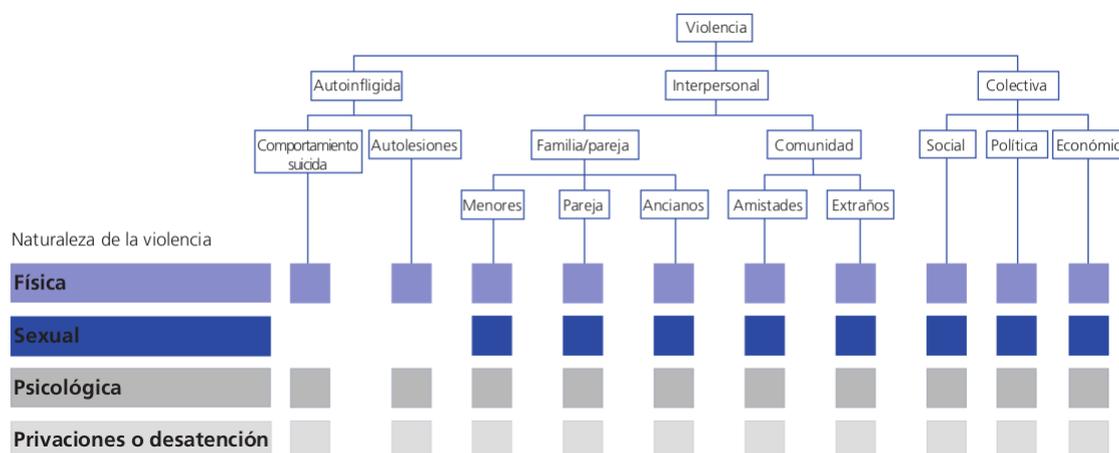


Tabla 1. Clasificación de la Violencia. (Organización Panamericana de la Salud, 2002, p.6).

3.1 La violencia en cifras

Numerosos son los estudios que muestran escandalosas cifras resultado de la violencia, el comportamiento violento, las causas y sus consecuencias, así como las víctimas resultado de movimientos políticos y/o conflictos armados, todas ellas alarmantes. Por ejemplo la OMS señala que en el año 2000, 1.6 millones de personas de todo el mundo perdió la vida violentamente, la mayor franja de edades se centra entre los 15 – 44 años. De esta cifra 520 000 personas murieron a causa de violencia interpersonal y 815 000 se suicidaron. Del mismo modo, se produjeron 57 000 homicidios en niños menores de 15 años en todo el mundo.

Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito (2009), citados por Mebarak, Martínez, Sánchez y Lozano, (2010, p.132), con la intención de establecer datos de prevalencia a nivel mundial, realizaron un meta-análisis con artículos de 22 países; dicho análisis demostró que 7.9% de hombres y 19.7% de mujeres han sufrido alguna forma de abuso sexual antes de los 18 años de edad.

A decir de lo anterior, numerosos actos violentos no se registran nunca porque no se ponen en conocimiento de las autoridades. En muchos países existe una clara renuencia pública a reconocer la violencia sexual o a emprender acciones contra ella. Además de que la policía y los tribunales están menos dispuestos o preparados para afrontar, reconocer y actuar contra ella. (OMS, 2002). Este fenómeno influye en la baja incidencia en las denuncias ante las instancias de justicia por parte de las víctimas, que por otro lado temen ser re-victimizadas, esta vez por las instituciones. Por ejemplo Ruiz (2002), refiere que en México alrededor del 60% de los hogares se experimenta algún tipo de violencia al interior de la familia, donde el 10-15% de las agresiones reales son denunciadas debido primariamente a la burocracia y falta de sensibilidad en las instancias judiciales para entender dichos reclamos.

3.2 Violencia Sexual

Según la OMS:

La violencia sexual comprende una gran diversidad de actos, como las relaciones sexuales bajo coacción en el matrimonio y en las citas, las violaciones por parte de extraños, las violaciones sistemáticas durante los conflictos armados, el acoso sexual (incluida la petición de favores sexuales a cambio de trabajo o calificaciones escolares), los abusos

sexuales de menores, la prostitución forzada y la trata de personas, los matrimonios precoces y los actos violentos contra la integridad sexual de las mujeres, como la mutilación genital y las inspecciones obligatorias de la virginidad. Tanto hombres como mujeres pueden, además, sufrir violaciones estando detenidos o encarcelados. (Organización Panamericana de la Salud, 2002, p.21).

De la categorización de violencia interpersonal que se ha venido mencionando, se han hecho dos apartados: la violencia intrafamiliar o de pareja y la violencia comunitaria. A pesar de que muchos de los casos, y quizá la gran mayoría, de los abusos sexuales son cometidos en torno al hogar con familiares de primer y segundo grado, personas conocidas, cercanos y/o amigos de la casa, la OMS integra las *violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños* en la subcategoría de violencia comunitaria. Donde también aparecen la violencia juvenil, los actos violentos azarosos, y la violencia en entornos institucionales como las escuelas, los lugares de trabajo, hogares de ancianos o centros penitenciarios; asumiendo que son mucho más numerosas las víctimas de agresiones sexuales no mortales y sufridas de forma reiterada, que las víctimas mortales por los otros tipos de violencia interpersonal. No obstante también refiere que “mientras que la violencia comunitaria y en particular la juvenil, es muy visible y suele considerarse un delito, la intrafamiliar queda más oculta a la mirada pública”. (Organización Mundial de la Salud, 2002, p.5).

En este sentido, el estudio que hicieron Foster y Hagedorn (2014), sobre el análisis de la narrativa de experiencias de abuso sexual y su proceso de recuperación en niños (con una muestra de 21 personas: 18 mujeres y 3 hombres, ubicados en tres grupos por rango de edad, con 7 personas en cada uno: niños pequeños, pre-adolescentes y adolescentes),

encontraron que todos conocían directamente al responsable. Incluyendo padres o figuras paternas, familiares adultos y amigos de la familia adultos, niños y adolescentes (Foster, et al., 2014, p.8).

Entre los factores predisponentes en el suicidio existen antecedentes de abusos físicos o sexuales en la infancia, dato sobre la tasa de los incidentes sucedidos en el año 2000, donde 815 000 personas se suicidaron en el mundo, convirtiéndose en la 13ª causa de muerte (Organización Panamericana de la Salud, 2002, p.23).

3.3 Violencia sexual en los conflictos armados

Caddy Adzuba, premio príncipe de Asturias de la Concordia 2014, en la conferencia realizada el pasado 8 de octubre en la facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Autónoma de Barcelona, titulada: “Retos para superar la violencia sexual en la República Democrática del Congo”, narró un sin número de hechos relacionados con el abuso sexual en el conflicto armado que desde 1998 se lleva a cabo en dicho país. La cosificación del cuerpo en este caso, como arma letal y útil estrategia de control sobre la población deja graves consecuencias no sólo a nivel individual en cada una de las víctimas, sino en toda una cultura que queda marcada por el paso de la brutalidad armada.

En África existen 47 grupos armados, donde cada uno además de hacer posesión del territorio con el principal objetivo de apropiarse de los recursos minerales ricos en dicho país (primordialmente el coltán³), se adueñan también de su gente. Cada grupo controla

³ *Columbíta-Tantalita*, abreviada como coltán es un mineral óxido. El principal productor de coltán es la República Democrática del Congo con cerca del 80% de las reservas mundiales estimadas. Se utiliza casi

su zona, viola a sus habitantes mujeres, utiliza como esclavas sexuales a sus niñas, entrena a los niños para poder servir como soldados en los enfrentamientos, y remite a trabajar en las minas a los hombres adultos. No resultó extraño para Adzuba nombrar dentro de los crímenes, aquellos realizados a mujeres embarazadas a quienes les abrían el vientre para retirar el feto, o bien, las que fueron violadas más allá de la penetración del pene introduciendo armas de fuego, objetos de madera, e inclusive granadas ingresadas por la vagina, o asimismo habiéndolas mutilado. Dentro de los datos referidos señaló también que la mujer atacada de mayor edad figuraba en los 99 años y la de menor en 9 meses.

El sometimiento de ésta población ha sido influenciada de manera marcada por tabúes propios de la cultura. Situación que ha llevado a las mujeres a enfermar por no recibir tratamientos y/o cuidados propios después de la agresión sexual, debido al silencio de una realidad de la que se han negado a hablar o se han visto obligadas a callar, para así ocultar la evidencia que las propiciaría al rechazo de la comunidad. Tópico tampoco respaldado a niveles legales cuando el abuso sexual (más allá de la gravedad y/o tipología), no figuraba como delito. Ha sido en 2006 cuando en África se votó por una ley contra el abuso sexual, “por primera vez, la ley específicamente criminaliza actos como la inserción de un objeto en la vagina de la mujer, mutilación sexual y la esclavitud sexual” (Faustino, 2013, p.16).

exclusivamente para la fabricación de condensadores electrónicos de tantalio. Es utilizado en casi la totalidad de dispositivos electrónicos. Actualmente, las dos mayores procesadoras de coltán se encuentran en México. (Wikipedia).

Al respecto la OMS señala:

La cultura desempeña un papel fundamental al establecer la frontera entre comportamientos aceptables y abusivos y definir la respuesta a la violencia... En algunos países, las niñas y mujeres violadas no están protegidas por la ley, sino que pueden morir a manos de sus parientes para preservar el honor de la familia, o bien, verse obligadas a casarse con sus violadores para legitimar la relación sexual. (Organización Panamericana de la Salud, 2002, p.22).

La historia de las últimas décadas en África no logra el carácter de exclusividad, son numerosos los sitios y abundantes las historias relevantes a la violencia sexual alrededor del mundo. Un ejemplo de ellos es México, país que conflictos armados al mando del crimen organizado tienen sujetos a una gran parte de su territorio (estados completos). Una de las ciudades más afectadas es Juárez, Chihuahua, conocida por los múltiples feminicidios sucedidos en los últimos años; “a partir de 1993, ésta ciudad fronteriza con El Paso, Texas (EUA), ha sido el escenario de la desaparición sistemática de mujeres, muchas de las cuales son encontradas después en diversos parajes de la región con huellas de violación, mutilación y estrangulamiento” (Hernández A. , 2009, p.1).

La población mexicana ha sido y sigue siendo víctima del terror delictivo, evaluado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), con un 0.0% en seguridad, misma calificación para los rubros de acceso a los servicios y vivienda. Los niveles de violencia trascienden por sobre los abusos sexuales, a miles de personas desaparecidas a lo largo de todo el territorio, secuestros, entre otros delitos graves. “México aparece al último en la lista de la OCDE en términos de seguridad, con 22.9

homicidios por cada 100,000 habitantes, más de 5 veces el promedio de 4.2 por cada 100,000 habitantes del grupo de 34 países...”. (CNN México., 2014). “México enfrenta una ola de violencia relacionada con bandas de narcotraficantes que trasiegan cocaína, marihuana y otros estupefacientes ilegales a través de la frontera hacia Estados Unidos, y que ha dejado una estela de más de 100,000 muertes desde 2007”. (CNN Expasión, 2014).

3.4 Violencia de género

En 48 encuestas de base poblacional realizadas en todo el mundo, entre el 10% y el 69% de las mujeres indicaron haber sido objeto de agresiones físicas por parte de una pareja masculina en algún momento de sus vidas. (OMS, 2002). El uso del poder está inmerso en todos los tipos de violencia, en el momento en que un sujeto se coloca por encima de otro disponiendo de él en múltiples formas, muchas veces sin necesidad de la fuerza física. El abuso sexual infantil es uno de ellos, éste deja marcas importantes y profundas secuelas psicológicas y emocionales que determinan la constitución de su personalidad, comprometen la evolución de su desarrollo, su conducta adulta, la forma del establecimiento de relaciones interpersonales, entre muchas otras cosas. Aquí el poder trasgrede los límites corporales, exhibe la posesión de un cuerpo que no es el propio, la ruptura de la intimidad, el despojo al derecho del espacio físico personal y el desvanecimiento de las fronteras físicas. “Anna Freud estipuló que el niño es una unidad psicosomática, y sus temores repercuten directamente en su cuerpo”. (Abad M. , 2009, p.14).

Sin duda, el poder forma parte esencial del círculo vicioso que encierra los tipos de violencia. Si bien por una afirmación de sí mismo, de su propio género, de su posición en

algún grupo social, su nivel de jerarquía, es una pieza clave en la particularidad de cada ser humano. Como lo entiende Marcela Lagarde en una de sus obras más representativas *Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, indicando que el poder define genéricamente la condición de las mujeres (Lagarde, 1990). A la vez ratifica que “la condición genérica de las mujeres está estructurada en torno a dos ejes fundamentales: la sexualidad escindida de las mujeres, y la definición de las mujeres en relación con el poder, -como afirmación o sujeción-, y con los otros” (Fernández, 1990, p.4).

Una gran serie de diversidades se hacen presentes al nombrar las diferencias entre los géneros y lo propio y único de ellos. Pero resulta indiscutible resaltar la añeja diferencia de trato y formas de actuación con respecto a las mujeres, admitiendo el hecho que todas las relaciones implican poder, como lo señala Foucault (Fernández, 1990, p.4). Basándose en la concepción de que “el poder consiste... en la posibilidad de decidir sobre la vida del otro... Quien ejerce el poder somete e inferioriza... domina” (Fernández, 1990, p.4), es cada vez más entendible la posición de la mujer en el mundo actual y pasado. Sería interesante poder enumerar las publicaciones y escritos relacionados a la condición de vida de las mujeres, la concepción y constitución de ésta, la importancia de su paso por el mundo, etc., desde el carácter científico estricto, hasta el holístico y divino. Ellos podrían testificar argumentando cada uno su especial manera de ver a la mujer y el lugar que ésta ocupa.

La masculinidad muchas veces es aprendida por los hombres más pequeños, como un modo de sometimiento hacia la mujer; Cortés, 2004, citado por Hernández, Vidiella, Herraiz y Sancho, (2007, p.106), concluye que se ha llegado a asumir la manifestación de

la violencia como el camino más claro para hacerse hombres” (p.46). “Los abusadores hombres han introyectado que el género masculino tienen ciertos privilegios por el sólo hecho de haber nacido hombres” (González, 2012, p.194).

Connell define la masculinidad como “un lugar en las relaciones de género en el que a través de prácticas, hombres y mujeres establecen ese lugar en el género, y en los efectos de esas prácticas en la experiencia corporeizada, la personalidad y la cultura” (Hernández, et al., 2007, p.106). Es también uno de los factores importantes de la distinción entre géneros el uso de la narrativa, como lo sostiene Hernández, et al., (2007, p.109), “un efecto del poder simbólico de los cuerpos es la narrativa de la superioridad del hombre sobre la mujer”; proponiendo que gran parte de esta disparidad proviene de la enseñanza. “Pensar a la mujer como débil psíquicamente pero sobretodo psicológicamente, está inscrito en un relato naturalizado por los medios de comunicación –el cine, las canciones, la publicidad e incluso los discursos socio-biológicos-...” (Hernández et al., 2007, p.110). Mucho más claro para Kimmel, que señala que “la violencia ha sido parte del significado de las masculinidad, parte de la forma en que los varones han medido, demostrado y probado su identidad” (Hernández, et al., 2007, p.105).

Ahora bien, Canetti, 1981, citado por Lagarde (1990, p.288), distingue claramente el poder de la fuerza al decir que “el poder es más general y más vasto que la fuerza, contiene mucho más y no es tan dinámico”. “El poder deja marcas en los cuerpos porque los doma... la libertad también deja marcas en los cuerpos, una libertad bien sostenida por quien es dueña de sí misma y los hace libres. Y cuando son libres son más saludables” (Valcárcel, 2012). Se hace evidente la incorporación del cuerpo en lo correspondiente al género, pero ahora aquí, también como componente determinando en el aprendizaje de las

características socioculturales. “El género es entendido e interpretado en relación con el cuerpo” (Hernández, et al., 2007, p.106), de esta manera “el factor físico, muscular y la postura corporal, forman parte de regímenes socioculturales más amplios de una masculinidad heterosexual normativa...” (Martino y Pallotta-Chiarolli, 2006 [2003], p.34, citado por Hernández, et al., 2007, p.106).

El cuerpo como instrumento principal de la locomoción, lugar donde se alberga la maquinaria orgánica que en óptimo panorama tiene una funcionalidad sana. Pero el cuerpo no solo científico, sino también empírico. El sitio donde además pueden experimentarse toda cantidad de percepciones sensoriales. “La materialidad del cuerpo es constituida y productora de desigualdades de género debido a las formas en que son aprendidas, experimentadas, vividas. (Hernández, et al., 2007, p.109).

Del estudio de Hernández, et al., (2007), realizado en torno a entrevistas con 15 jóvenes de entre 15 y 20 años, titulado: *¿Cómo se aprende a ser chico (hombre)? Una investigación sobre el aprendizaje de la masculinidad entre los adolescentes*, se recoge el siguiente texto:

No sé... (siento) incomodidad al ver que una chica aguanta más haciendo ejercicio que yo. Por lo que sea. Porque estás cansado o porque ella hace mucho más deporte que tú y, claro, está en forma y tú no.... En el ámbito intelectual no tengo problemas. Solamente en el ámbito que ya se supone que los hombres son los mejores, son los que corren más rápido, son los que aguantan más, los que levantan más peso... Te sientes un poco incómodo, pero si te pones a pensarlo ves que ¿Por qué tengo que estar incómodo?. Pero para eso lo tienes que pensar (p.107).

Otro ejemplo de éste aprendizaje socio-cultural es el relatado por el premio nobel de Literatura (1990) Octavio Paz, cuando en una de sus más sonadas obras “El laberinto de la Soledad” (1950, p.12), ensayo antropológico de los pensamientos y la identidad mexicanos, apunta: “como casi todos los pueblos, los mexicanos consideran a la mujer como un instrumento, ya de los deseos del hombre, ya de los fines que le asignan la ley, la sociedad o la moral”. En un estudio realizado en México se comprobó que aproximadamente la mitad de las mujeres que habían sido víctimas de agresiones físicas habían sufrido también abusos sexuales por parte de su pareja (OMS, 2012). Pareciera entonces que el cuerpo es apropiable, principalmente el de la mujer, donde la identidad corporal de ésta se ve violentada a través de la apropiación que hace el poder masculino de la sexualidad femenina.

3.5 Tipología del abuso sexual

El abuso sexual puede clasificarse en los siguientes grandes grupos, (Fuentes, 2011, p.14; Mebarak, et al., 2010, p.133), tomando en cuenta que en cada uno de ellos se podrán dar sus variantes, así como poder relacionarse entre sí:

1. Penetración vaginal/anal/oral (contacto bucogenital).
2. Tocamientos.
3. Masturbaciones.
4. Exhibicionismo.
5. Exposición de material pornográfico

Los dos últimos dentro de la categoría de abusos sin contacto físico.

El departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya, a través de la OAV (Oficina de Atención a la Víctima), hace mención de una serie de delitos de carácter sexual cometidos mayormente en contra de las mujeres, basados en la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal de Cataluña comprendidos en el título VIII clasificados como *delitos contra la libertad y la indemnidad sexual*. No obstante, a pesar de que el código penal sólo establece cinco categorías sobre las agresiones y abusos sexuales, la OAV los desglosa en el siguiente listado (Oficina d'Atenció a la víctima.):

1. Abuso o agresión sexual a menor de 13 años
2. Abusos sexuales
3. Abusos sexuales de violencia de género
4. Actos sexuales contra menores de 13-16 años
5. Agresión sexual
6. Agresión sexual de violencia de género
7. Acoso sexual
8. Exhibición y provocación sexual
9. Exhibición o pornografía a menor o incapacitado

Así mismo, se hace referencia a los relacionados con la violencia de género (y sus variantes):

1. Amenazas de violencia de género
2. Asesinato de violencia de género
3. Coacción de violencia de género
4. Detención ilegal de violencia de género
5. Falta de amenazas, coacción violencia género

6. Falta de lesiones de violencia de género
7. Homicidio de violencia de género
8. Lesión de violencia de género
9. Maltrato de violencia de género
10. Violencia doméstica habitual
11. Violencia doméstica no habitual
12. Violencia habitual de género

3.6 Sintomatología y secuelas psicológicas y psiquiátricas

La interacción entre factores biológicos y ambientales interviene en la constitución de la personalidad de un individuo. A decir de Pereda (2011, p.131), el estudio del desarrollo de la personalidad se ha visto impulsado por avances genéticos, mostrando que la personalidad viene dada por la combinación de genes específicos y los sucesos vitales acontecidos por el individuo. Dentro de ellos, también conocidos como *life events*, la experiencia del abuso sexual en la infancia es uno de los más relevantes, siendo un factor importante de riesgo para el desarrollo de una gran diversidad de trastornos psicopatológicos en la edad adulta.

Parte del gran listado de las secuelas de un abuso sexual cometido en la infancia o adolescencia, nombrado por diversos autores (Mebarak et al., 2010, p.142,143), (Larrota, 2012, p.88) son los siguientes trastornos: miedo, pesadillas, desorden de estrés postraumático, depresión, retraimiento social, neurosis, conducta regresiva, trastornos somáticos, conducta sexual inapropiada, conducta antisocial regresiva, delincuencia, problemas de aprendizaje escolares e hiperactividad, así como los desórdenes de conducta o afectación directa en el desarrollo psicosocial del menor, de incidencia en la conducta

futura de la persona y así mismo con aumento en la delincuencia y los problemas sexuales durante la adultez.

Por otro lado, Pereda (2011, p.58), menciona el trastorno antisocial, trastorno límite y antisocial de la personalidad, trastorno límite y trastorno de la personalidad por dependencia, trastorno obsesivo-compulsivo, o rasgos de personalidad psicopatológicos como el paranoide, el límite, el histriónico, el narcisista o el dependiente, aludiendo a los diferentes estudios que han demostrado cómo la historia de acontecimientos traumáticos en la infancia, entre ellos la experiencia del abuso sexual parece incrementar en el riesgo de desarrollar estas patologías.

Las historias de abuso sexual en la niñez han sido ligadas al miedo, a la ansiedad, a la depresión, al insomnio, a los desajustes sexuales, al comportamiento auto-destructivo, a los dolores de cabeza, a la agresión, a la rabia, a la baja autoestima, al abuso de sustancias, a los intentos suicidas y a la obesidad (Bridgeland, Duane y Stewart 2001; Cornman, 1997; Hall, 2000; Knisely, Barker, Ingeroll y Dawson, 2000; Roberts, 1996; World Health Organization, 1997; citados en Wilson 2010, nombrados por Mebarak et al., 2010, p.145). Por otro lado, Fischer, Stojek, 2010, citados por Mebarak, et al., (2010, p.139), en su estudio realizado a través del *Eating Disorder Examination-Questionnaire* en 489 estudiantes, encontró que el ASI (Abuso Sexual Infantil), no está relacionado con desórdenes alimenticios. Al contrario de esto, Szumska, (2005), nombra una alta prevalencia de abuso físico y sexual en mujeres con desórdenes alimenticios en un estudio con 3.615 mujeres (Mebarak, et al., 2010, p.146).

Según Tucci (2010), con su Childhood Trauma Questionnaire⁴, encontró una alta frecuencia e intensidad de abuso infantil (físico, emocional, sexual), en pacientes con dependencia de sustancias. (Mebarak, et al., 2010, p.140).

Tong y colaboradores, nombrado por Pereda (2011, p.132), concluye sobre su trabajo de seguimiento longitudinal de unos tres años a niños y niñas que habían sido víctimas de abuso sexual, que el ASI podía tener implicaciones en la capacidad de las víctimas para relacionarse con los demás, tanto para las relaciones de amistad que podían establecer con adultos, como para con sus iguales.

3.7 Efectos físicos

Royo (2011, p.10), hace referencia a los síntomas y repercusiones físicas consecuencia del abuso sexual señalando al cuerpo como medio a través del que, el dolor mental puede expresarse. Debido a que finalmente es el escenario donde ocurre el evento traumático. Así mismo indica que: "...cada vez se hacen más estudios que demuestran que las repercusiones, además de psicológicas...adicciones (tabaquismo, alcoholismo, drogodependencias)...también son físicas, como: ictus, cáncer, cardiopatías, problemas gastrointestinales, hipertensión, diabetes" (Royo, 2011, p.5). Por otra parte, Lambronici, Fegadoli y Cavadinha (2009, p.398), hablan de dolores de cabeza crónicos, dolor pélvico, y otros.

⁴ Cuestionario de trauma infantil.

3.8 Técnicas de prevención

La OMS, además de advertir a la violencia como un problema polifacético, en sus sugerencias para prevenir la violencia invita a hacer frente a las desigualdades entre los sexos y a las actitudes y prácticas culturales adversas (OMS, 2012). A decir de Pereda (2011, p.136), “Conocer cómo afecta la experiencia del maltrato y abuso infantil al desarrollo de la psicopatología de la personalidad, puede ayudarnos acerca de cómo favorecer la resiliencia y el tratamiento de estos trastornos...”.

En consecuencia el testimonio de Irene Gelpi víctima de abusos sexuales en la infancia, Larregola, G., 2011, documental, nombra:

“...socialment penso que no estem prou conscienciats de la responsabilitat que tenim, tots... vull dir, veïns, amics, mestres, pares, familiars, vull dir, qualsevol adult penso que té, si veu una cosa així s’hauria de fer algo; el que passa és que sempre tenim aquesta mena de no sé si pudor o... fals sentit de dir *jo respecto la vida del demés*. Però clar, el nen està indefens i com que no és capaç de parlar, depèn de què un adult ho vegi i faci algo per a què això s’acabi”⁵.

Al respecto, Foster, et al., (2014, p.551-553), señala que para que la prevención tenga efecto hay una serie de mitos que necesitan ser aclarados. El más común indica es: que un extraño es quien inicia el abuso sexual. Del mismo modo otro de los mitos es que: los abusadores son predominantemente adultos; o bien, que: generalmente los niños son capaces de parar el abuso. Manifiesta que los adultos necesitan saber los hechos del abuso

⁵ Socialmente pienso que no estamos muy concienciados de la responsabilidad que tenemos todos... quiero decir, vecinos, amigos, maestros, padres, familiares, es decir, cualquier adulto pienso que tiene, si ve alguna acosa así habría de hacer algo, lo que pasa es que siempre tenemos esta manera de no sé si pudor o... falso sentido de decir respeto la vida de los demás. Pero claro, el niño está indefenso y como no es capaz de hablar, dependen de que un adulto lo vea y haga algo para que eso se acabe.

sexual infantil, los signos y síntomas de abuso sexual, las conductas de *noviazgo*⁶ de los abusadores, así como cómo manejar las revelaciones. Los programas de prevención deben ser mejorados a través del mayor enfoque en la educación de los adultos y la creación de oportunidades para que los padres hablen con sus hijos acerca de abuso sexual infantil (Foster, 2014, P. 17).

⁶ Por ejemplo regalos, atención individual y privilegios especiales.

4. Comunidad autónoma de Cataluña

Como ya se hizo mención, Catalunya está conformada por las provincias de Girona, Tarragona, Lleida y Barcelona. Ésta última a su vez está comprendida por once comarcas: el Alt penedès⁷, Anoia, Bagés, Baix Llobregat, Barcelonès, Berguedà, Garraf, Maresme, Osona, Vallès Occidental y el Vallès Oriental. Siendo el Barcelonès con mayor población de 2.240.437. El 52.05% son mujeres (1.166.362) y el 47.94% hombres (1.074.075). De los habitantes de Barcelona, el 57.53% son oriundos de Catalunya, 20.77% del resto de España, y 21.69% nacidos en el extranjero. De este total 82.23% poseen nacionalidad Española y 17.76% extranjera⁸.

4.1 Penalización del abuso sexual

El código penal de Cataluña comprende las reglas de convivencia y del respeto a los derechos de los ciudadanos. En la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre (p.112), en el título VIII con la clasificación de *delitos contra la libertad y la indemnidad sexual*, establece 17 artículos relacionados a la violencia sexual en los que determina la conducta que deberá penalizarse, tratando de abordar la mayor cantidad de escenarios posibles en los que podría llevarse a cabo un acto de violencia sexual. Abarcando cinco capítulos correspondientes a: las agresiones sexuales, los abusos sexuales, el acoso sexual, los delitos de exhibicionismo y provocación sexual, y los delitos relativos a la prostitución y la corrupción de menores, más el apartado de disposiciones comunes sobre esos capítulos.

⁷ Nombres propios mantenidos en idioma original: catalán.

⁸ Cifras al 2013. Idescat. Generalitat de Catalunya.

La terminología de los capítulos y sus delitos es la siguiente:

Capítol I. De les agressions sexuals⁹:

Article 178.¹⁰ “Qui atempti contra la llibertat sexual d’una altra persona, amb violència o intimidació...”.

Article 179.¹¹ “Quan l’agressió sexual consisteixi en accés carnal per via vaginal, anal o bucal, o introducció de membres corporals o objectes per alguna de les dues primeres vies, el responsable ha de ser castigat com a reu de violació...”.

Capítol II. Dels abusos sexuals¹²:

Article 181¹³.- “... es consideren abusos sexuals no consentits els que s’executin sobre menors de tretze anys, sobre persones que estiguin privades de sentit o del trastorn mental de les quals s’abusi...”.

Capítol III. De l’assetjament sexual¹⁴:

Article 184¹⁵.- “El qui sol·liciti favors de naturalesa sexual, per a si mateix o per a un tercer, en l’àmbit d’una relació laboral, docent o de prestació de serveis, continuada o habitual, i amb aquest comportament provoqui a la víctima una situació objectiva i greument intimidatòria, hostil o humiliant...”.

Capítol IV. Dels delictes d’exhibicionisme i provocació sexual¹⁶:

Article 185¹⁷.- “El qui executi o faci executar a una altra persona actes d’exhibició obscena davant de menors d’edat o incapaços...”

⁹ Capítulo I. De las agresiones sexuales.

¹⁰ Art. 178: quien atente contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación.

¹¹ Art. 179. Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal, o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable ha de ser castigado como reo de violación.

¹² Capítulo II. De los abusos sexuales.

¹³ Art. 181. Se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre menores de trece años, sobre personas que estén privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abuse.

¹⁴ Capítulo III. Del acoso sexual.

¹⁵ Art. 184. El que solicite favores de naturaleza sexual, para sí mismo o para un tercero, en el ámbito de una relación laboral, docente, o de prestación de servicios, continuada o habitual, y con este comportamiento provoque a la víctima una situación objetiva y genuinamente intimidatoria, hostil o humillante.

¹⁶ Capítulo IV: De los delitos de exhibicionismo y provocación sexual.

Article 186¹⁸.- “El qui, per qualsevol mitjà directe, vengui, difongui o exhibeixi material pornogràfic entre menors d’edat o incapaços...”

Capítol V. Dels delictes relatius a la prostitució i la corrupció de menors¹⁹:

Article 187²⁰.-“Qui indueixi, promogui, afavoreixi o faciliti la prostitució d’una persona menor d’edat o incapaços...”.

A decir de las estadísticas arrojadas por el Departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya, la Oficina de atención a la víctima señala que dentro de los 10 primeros tipos de delitos principales que se han cometido con mayor frecuencia según nacionalidad, en el 10º lugar figuran las agresiones sexuales, con una cifra de 154 en la categoría de España. Mostrando también otras naciones como Marruecos, Rumania, Ecuador, Bolivia, Colombia, República Dominicana, Perú y Brasil.

4.2 Provincia de Barcelona

Ya que la presente investigación basará sus datos primordialmente enfocados a la ciudad de Barcelona y a la provincia de Barcelona dependiendo de cada caso en particular y la información con la que se cuente, se acude a los datos arriba señalados como marco de referencia contextual.

¹⁷ Art. 185. El que ejecute o haga ejecutar a otra persona actos de exhibición obscena ante de menores de edad o incapaces.

¹⁸ Art. 186. El que, por cualquier medio directo, vendiere, difunda o exhiba material pornográfico entre menores de edad o incapaces.

¹⁹ Capítulo V. De los delitos relativos a la prostitución y la corrupción de menores.

²⁰ Art. 187. Quien induzca, promueva, favorezca o facilite la prostitución de una persona menor de edad o incapaces.

Las ciudades de Badalona, Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Sant Adrià de Besòs y Santa Coloma de Gramenet, integran la comarca del Barcelonès. Por otro lado, Ciutat Vella, Eixample (Esquerra i Dreta), Gràcia, Horta-Guinardó, Les Corts, Nou Barris, Sant Andreu, Sant Martí, Sants-Monjuic, Sarrià-Sant Gervasi son los distritos en los que se divide la ciudad de Barcelona.

4.3 El papel de los órganos de gobierno

El Instituto Municipal de Servicios Sociales (IMSS), instancia devengada del Ayuntamiento de Barcelona, cuenta con 40 Centros de Servicios Sociales Básicos (SSB) por todo el territorio de Barcelona. El número de dichos centros va en función principalmente del total de la población, además del territorio, por lo que cada distrito tiene un número diferente. Los distritos más poblados son: Ciutat Vella, Nou Barris, San Martí y Eixample. Los primeros tres con 5 centros y el último con 6.

Cada centro supone la siguiente estructura²¹:

- Unitat de gestió administrativa (UGA)²².

Referente a quienes atienden la recepción del centro.

- Unitat de primera atenció (UPA)²³.

Se ocupan de informar, orientar (sobre servicios, recursos existente de la red pública o privada), prescribir recursos (realizar trámites de derecho), dar soporte básico (acompañamiento a las familias durante un periodo corto de tiempo, que

²¹ Fuente: Centro de SSB Cotxeres de Sants.

²² Unidad de gestión administrativa.

²³ Unidad de primera atención.

además, en términos generales no presenten indicadores de riesgo). Pueden realizarse un promedio de 3-5 entrevistas según las características del caso.

- Unitat de seguiment, tractament i atenció col.lectiva (USTAC)²⁴.

Se otorga seguimiento a personas o familias que se encuentran en una situación de fragilidad (riesgo), no susceptible de tratamiento pero que es necesario seguir periódicamente para la observación de los posibles cambios o situaciones de alerta. Se otorga tratamiento a las personas o familias que en términos generales no tienen recursos personales o familiares i presenten factores o indicadores de riesgo asociados a precariedad económica, exclusión residencial, necesidades socio-sanitarias, deficiencias o carencias educativas básicas, fragilidad o riesgo a nivel personal, psicológico, en la estructura familiar o la dinámica relacional i educativa.

- Direcció del centre²⁵

Los profesionales que los integran están constituidos por educadores sociales (E.S.), trabajadores sociales (T.S.), la figura del psicólogo y la del abogado; además de la dirección y los administrativos de la UGA.

Se hizo contacto con el Centro de SSB de Porta-Vilapicina i Torre Llobeta, uno de los cinco centros de Nou Barris, con el Centro de SSB de Besòs, también uno de los cinco centros del distrito de Sant Martí, a la vez que con el Centro de SSB de Les Corts Zona Este, distrito que sólo cuenta con dos centros (zona este-oeste). El primero reveló una

²⁴ Unidad de seguimiento, tratamiento y atención colectiva.

²⁵ Dirección del centro.

cuadrilla cumplimentada por 19 personas: 2 UGA, 3 T.S./UPA, 8 T.S./USTAC, 3 E.S./USTAC, 1 Psicóloga, 1 Abogado, 1 Directora.

Por otro lado, el Centro de SSB-Besòs, está compuesto por un total de 14 profesionales: 2 UGA, 3 T.S./UPA, 7 T.S./USTAC, 3 E.S./USTAC, 1 Psicólogo, 1 Directora, 1 Abogado, 2 E.S. de calle (APC: Programa “a partir del carrer”).

Finalmente, el Centro de SSB de Les Corts, llevado por 15 profesionales: 2 administrativos UGA, 1 T.S./UPA, 6 T.S./USTAC (dos de los cuales están esencialmente enfocados al servicio de la ley de dependencia de los adultos mayores), 1 E.S./USTAC, 1 Psicóloga, 2 E.S. del programa ESAPC (Educadors socials a partir del carrer), 1 abogada, el director.

Los tres centros citaron que tanto el psicólogo/a como del abogado/a son figuras orientativas debido a que ambos se comparten con algún otro centro. El psicólogo/a cuenta con media jornada a excepción de un día a la semana que acude a otro centro, a diferencia del abogado/a que sólo acude una tarde a la semana (3 horas). Asimismo, cada centro refirió mantener reuniones generales de equipo, así como por departamentos, espacio creado para compartir e informar los casos atendidos en la actualidad, y principalmente para recibir un feedback del resto de los profesionales para abordar cada caso de la mejor manera posible.

Dentro de los servicios varios se encuentra el punto de atención a la mujer, actualmente denominado SARA (Servei d'atenció, recuperació i acollida²⁶). Cada distrito cuenta con uno. Hasta hace un par de años en su lugar se encontraban el EAD (Equip d'atenció a la done²⁷), y el SAN (Servei d'atenció a nenes i nens²⁸); mismos que dieron origen al SARA.

El SARA se define como un servicio ambulatorio de ámbito de ciudad de titularidad municipal de atención específica a personas víctima de situaciones de violencia machista (mujeres, infantes y adolescentes, y personas de su entorno próximo directamente afectados por esta situación), y de asesoría a profesionales y a personas del entorno de la víctima.

Asimismo, el Punt d'Informació i Atenció a les Dones²⁹ (PIAD), es otro de los recursos con los que cuenta el Ayuntamiento para dar atención y orientación a mujeres, y/o derivarlas a algún otro recurso de la ciudad dependiendo de la temática. Este servicio es exclusivamente para mujeres mayores de 18 años, no obstante, de manera puntual y con la autorización de los padres o tutores, se puede atender a menores de edad (adolescentes)³⁰. Al igual que los SARA, hay uno por cada distrito.

En este sentido, los PIAD's ofrecen una atención y acompañamiento psicológico, especificando no tratarse de un tratamiento psicológico de larga duración (tiempo

²⁶ Servicio de atención, recuperación y acogida. SARA.

²⁷ Equipo de atención a la mujer.

²⁸ Servicio de atención a niñas y niños.

²⁹ Punto de información y atención a las mujeres.

³⁰ Fuente: Piad-Les Corts.

máximo de seis meses), sino de una intervención breve sobre situaciones puntuales y/o de especial vulnerabilidad, sirviendo como puente entre la redes de servicios sociales básicos y las de salud mental, buscando ampliar los puntos de atención psicológica pública de los que pueden hacer uso las mujeres de la ciudad. Uno de sus principales objetivos es el empoderamiento de la mujeres para desarrollar relaciones de no dependencia. Los equipos están formados por una técnica, una psicóloga, y abogada.

El acompañamiento puede ser individual, aunque también se abren grupos de entre 10 y 15 mujeres con los que se realizan talleres, con duración de 12 sesiones. Dentro de las temáticas de atención se encuentran las siguientes:

- ❖ Separación y duelos
- ❖ Cambios y crisis en el ciclo vital de las mujeres
- ❖ Conflictos de pareja
- ❖ Acoso en el trabajo (acoso moral, sexual o por razón de sexo)
- ❖ Autoestima y habilidades relacionales

En la disposición firmada por la Consejera de Bienestar Social i Família, de la Generalitat de Catalunya en diciembre de 2013, se aprobaron las listas de indicadores y factores de protección de los infantes y adolescentes³¹. En lo que compete al abuso sexual se manifiesta lo siguiente:

Indicadores y factores de riesgo, protección y pronóstico que se han de incorporar como herramienta de valoración en el sistema de información y gestión de la infancia y la adolescencia

³¹ Fuente: SSB Nou Barris.

de Catalunya. (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Consellera de Benestar Social i Família, 2013):

- Informe de un profesional especializado de abuso sexual con penetración, con intento de penetración o situación compatible con abuso sexual.
- Hay un informe médico con diagnóstico de enfermedad de transmisión sexual compatible con abuso sexual.
- El infante o adolescente manifiesta una conducta sexual explícita, juego y conocimientos de conductas sexuales no apropiadas para su edad o conocimientos sexuales sofisticados, inusuales o extraños.
- El infante o el adolescente mantiene relaciones secretas, reservadas y excluyentes entre él y un adulto.
- El infante o adolescente dice que un progenitor, tutor o cuidador lo ha abusado.
- Los progenitores, tutores o cuidadores inducen o fuerzan al infante o adolescente a implicarse en actos sexuales en su presencia.
- El infante o adolescente se queja de dolor (también puede quejarse de dolor o picor en la zona anal genital).
- Los progenitores, tutores o cuidadores se muestran extremadamente protectores o celosos del infante o adolescente.
- El adolescente muestra promiscuidad sexual.
- Los progenitores, tutores o cuidadores son conocedores de la situación de abuso sexual que sufre y no lo protegen.

Indicadores para detectar las situaciones de riesgo y de desamparo; definidas en los artículos 102 y 105 de la Ley 14/2010, de 27 de mayo.

Situación compatible con abuso sexual.

- El infante o adolescente o algún miembro de la familia explica o manifiesta la sospecha que el niño/niña ha padecido recientemente abusos sexuales, con o sin contacto físico (comentarios sexuales, exhibición de genitales o pornografía, voyerismo, inducción a desnudarse i masturbación), de alguna persona de su entorno.

- Hay un informe de un profesional especializado, de abuso sexual con penetración, o intento de penetración o situación compatible con abuso sexual.
- El infante o adolescente tiene un diagnóstico médico de una enfermedad de transmisión sexual que, por su edad, es compatible con abuso sexual (por ejemplo, condilomas acumulados, conocidos como verrugas genitales), flujo vaginal infeccioso con presencia de clamidia o tricomonas, sífilis, blenorragia o sida no preexistente en el nacimiento.
- El infante o adolescente manifiesta, de manera reiterada, una conducta sexual explícita, juego y conocimiento de conductas sexuales no apropiadas para su edad, o conocimientos sexuales sofisticados, inusuales o extraños.
- El infante o adolescente mantiene relaciones secretas, reservadas y excluyentes entre él/ella y un adulto.
- Los progenitores, tutores o cuidadores se muestran extremadamente protectores o celosos del infante o adolescente.
- Los progenitores, tutores o cuidadores son conocedores de la situación de abuso sexual que padece el infante o adolescente y no lo protegen.
- Los progenitores, tutores o cuidadores inducen o fuerzan al infante o adolescente a implicarse en cualquier tipo de acto sexual, directamente o como espectador (excluye la explotación sexual).

Listas de observaciones de maltrato infantil del registro unificado de maltratos infantiles, que establece el artículo 86 de la Ley 14/2010, de 27 de mayo.

El infante o adolescente puede estar padeciendo actualmente abusos sexuales.

- El infante o adolescente presenta dolor/picor en la zona anal/genital.
- El infante o adolescente tiene molestias cuando camina o se sienta.
- El infante o adolescente presenta ropa interior rasgada, manchada o con sangre.
- Es una niña o adolescente embarazada (especialmente si se niega a identificar al padre).
- El infante o adolescente presenta contusiones o sangrado en los genitales externos, la zona vaginal o anal.
- El infante o adolescente presenta una enfermedad de transmisión sexual.
- El infante o adolescente presenta eritema y/o edema en la zona vulvar o anal.

- Se detecta semen en la boca, los genitales o en la ropa del infante o adolescente.
- El infante o adolescente presenta alteraciones en el esfínter anal (apertura signo de la o, o grietas, o hematomas...).
- El infante o adolescente presenta alteraciones de la membrana himenal.
- Hay indicios que están forzando al infante o adolescente en actividades sexuales (abuso sexual).
- El infante o adolescente explica que está padeciendo abusos sexuales por parte de alguna persona de su entorno.
- El infante o adolescente manifiesta o señala con gestos que sus progenitores son los causantes del abuso sexual.
- El infante o adolescente da explicaciones extrañas o poco convincentes respecto a las lesiones que presenta.

Área emocional y comportamental del infante o adolescente.

- El infante o adolescente presenta comportamientos sexualizados inadecuados para su edad.
 - El infante o adolescente manifiesta conductas y preocupaciones sexuales o utiliza términos inadecuados para su edad.
 - El infante o adolescente acosa o agrede sexualmente a otros niños o adolescentes.
 - El infante o adolescente manifiesta, de forma recurrente, tener miedo a un embarazo a al sida.
 - El infante o adolescente muestra promiscuidad sexual.

Relación de los progenitores, tutores o cuidadores con el infante o adolescente.

- Los progenitores, tutores o cuidadores pueden estar maltratando físicamente al infante o adolescente o abusando sexualmente.
 - Los progenitores, tutores o cuidadores pueden ser los causantes de las lesiones físicas del infante o adolescente.
 - Los progenitores, tutores o cuidadores pueden estar abusando sexualmente del infante o adolescente.
 - Los progenitores, tutores o cuidadores pueden haber favorecido una mutilación genital femenina o estar en riesgo de hacerlo.

En los encuentros con los Centros de SSB de Sant Martí, Nou Barris y Les Corts, se elaboró un cuestionario³² con once preguntas guía para abordar además del funcionamiento del centro, el seguimiento y actuación que se da en los casos de abusos sexuales. Donde se resume que, a pesar de ser uno de los servicios de atención primaria para la población, los SSB no son el medio por el cual se abordan ni mucho menos se destapan los abusos sexuales en la población. Los dos primeros centros negaron haber tenido casos sobre esa temática, refiriendo que principalmente en casos de infantes son los servicios de salud (centros de atención primaria, CAT-Salud), específicamente el pediatra y los colegios quienes están en contacto con el perfil de edad y los que mayormente pueden actuar. En lo que a las mujeres adultas se refiere, el abuso puede pasar desapercibido para ambas instancias por lo que se detecta con menos frecuencia. No obstante, al ser la violencia machista uno de los servicios a los que se enfocan los SSB, por esta vía sí se han encontrado casos de mujeres (adultas) que han sufrido abuso sexual. Aun así indican que las cifras son minúsculas.

4.4 Abordaje y protocolo de actuación en caso de abuso sexual infantil

Al ser considerado como una situación de gravedad en el marco de actuaciones que rige a los Centros de Servicios Sociales Básicos, todos los casos el abuso sexual infantil pasan directamente a los servicios sociales especializados. Mencionaron la formulación de un informe sobre la situación, sobre todo si se trataba de un caso conocido, es decir, que ya hubiese información, seguimiento y trato con el SSB. No obstante, aludieron que muchas

³² Documento integrado en el apartado de anexos.

veces no era necesario dicho documento y bastaba con la llamada telefónica al SS Especializado, quedando grabado el contacto.

El circuito contra el maltrato infantil de la ciudad de Barcelona³³, marca los algoritmos de actuación frente la sospecha o certeza del maltrato infantil, como lo muestran las siguientes ilustraciones:

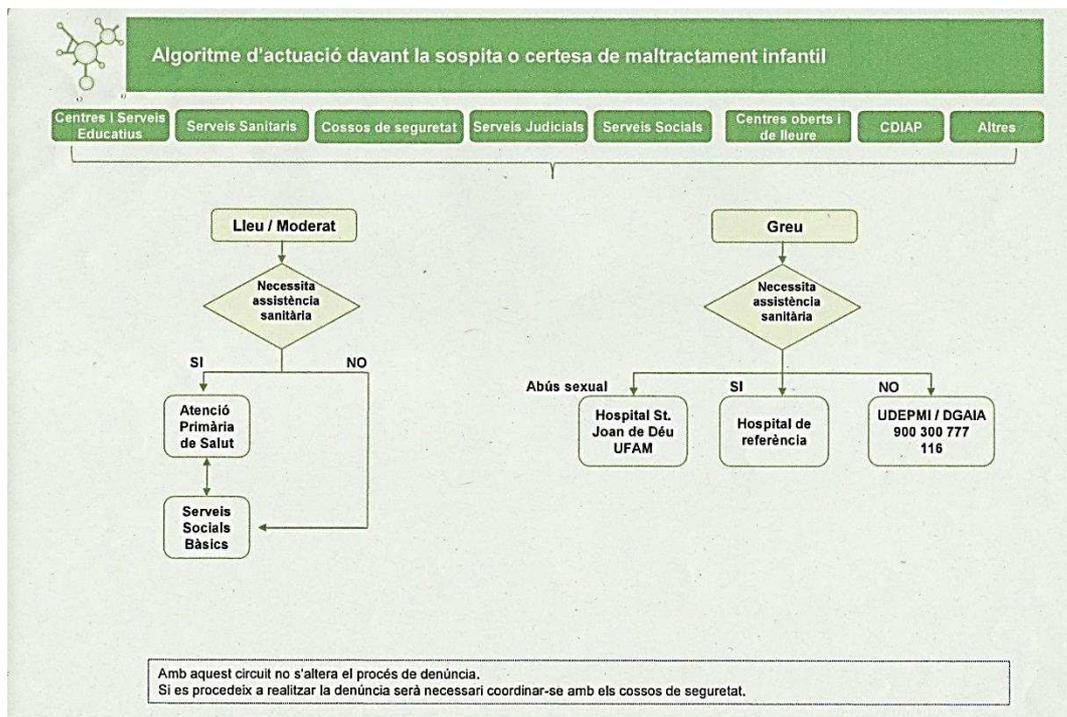


Tabla 2. Algoritmo de actuación de los diferentes servicios de atención a la ciudadanía frente la sospecha o certeza de maltrato infantil.

³³ Fuente: CSS Nou Barris.

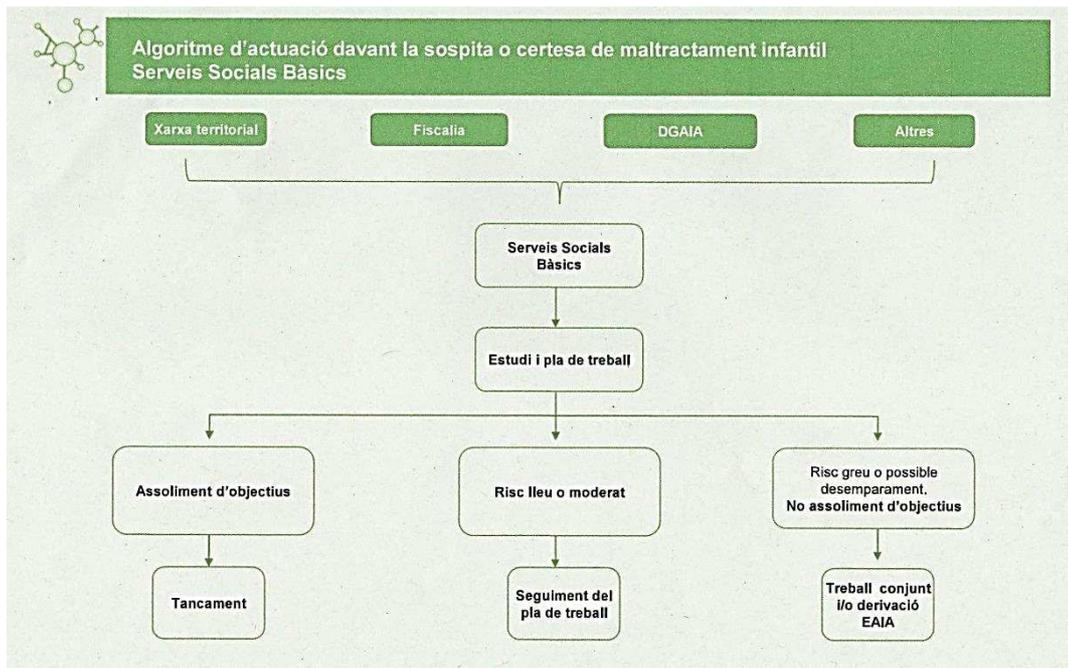


Tabla 3. Algoritmo de actuación de los Servicios Sociales Básicos frente a la sospecha o certeza de maltrato infantil.

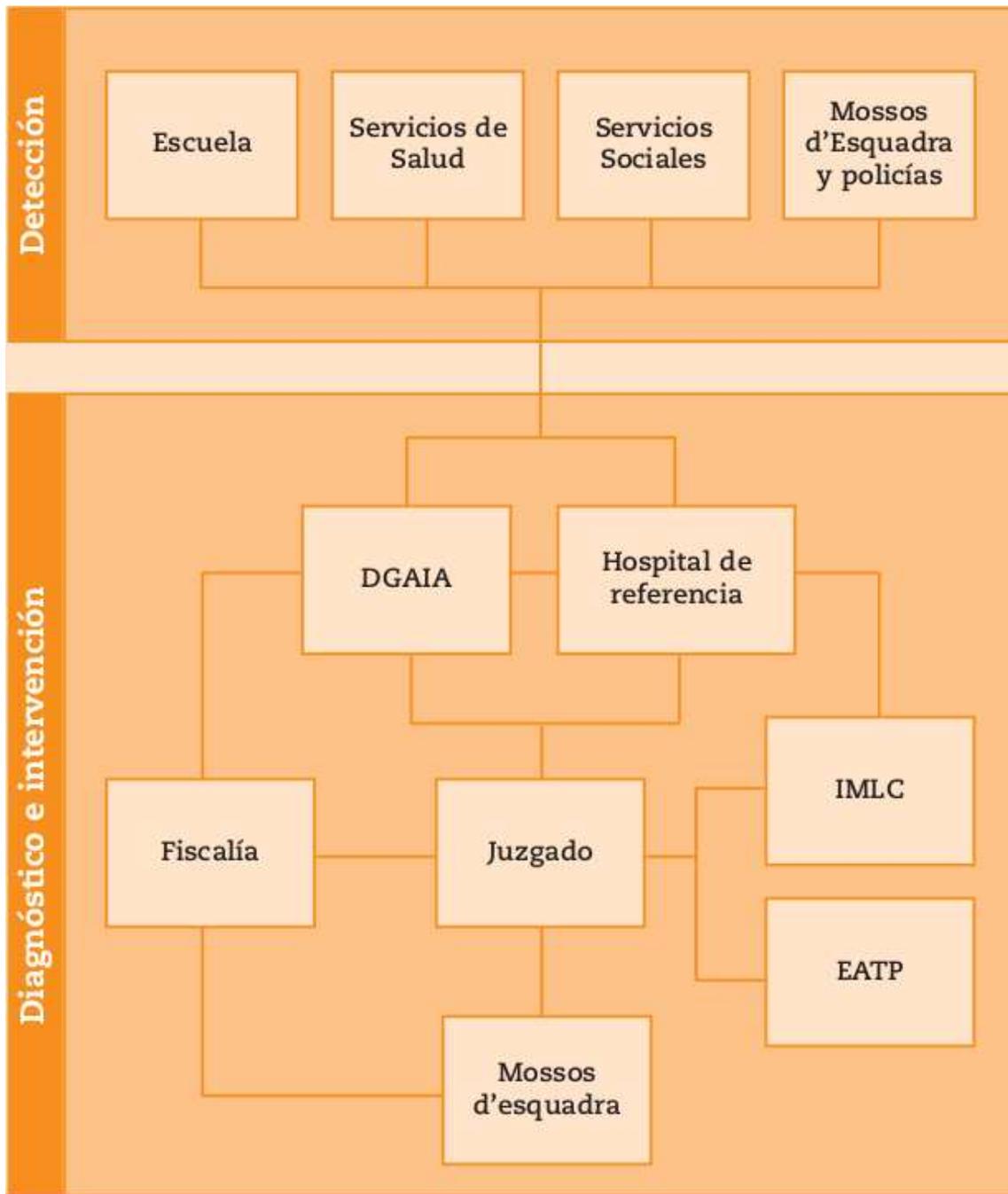


Tabla 4. Protocolo marco de actuaciones en casos de abusos sexuales y otros maltratos graves a menores, 2006.

4.5 Instancias de atención especializada

Los equipos de atención a la infancia y adolescencia (EAIA's), derivados del Ayuntamiento de Barcelona, así como la Dirección General de atención a la infancia y adolescencia (DGAIA), instancia de la Generalitat de Catalunya; son parte de los principales servicios sociales especializados.

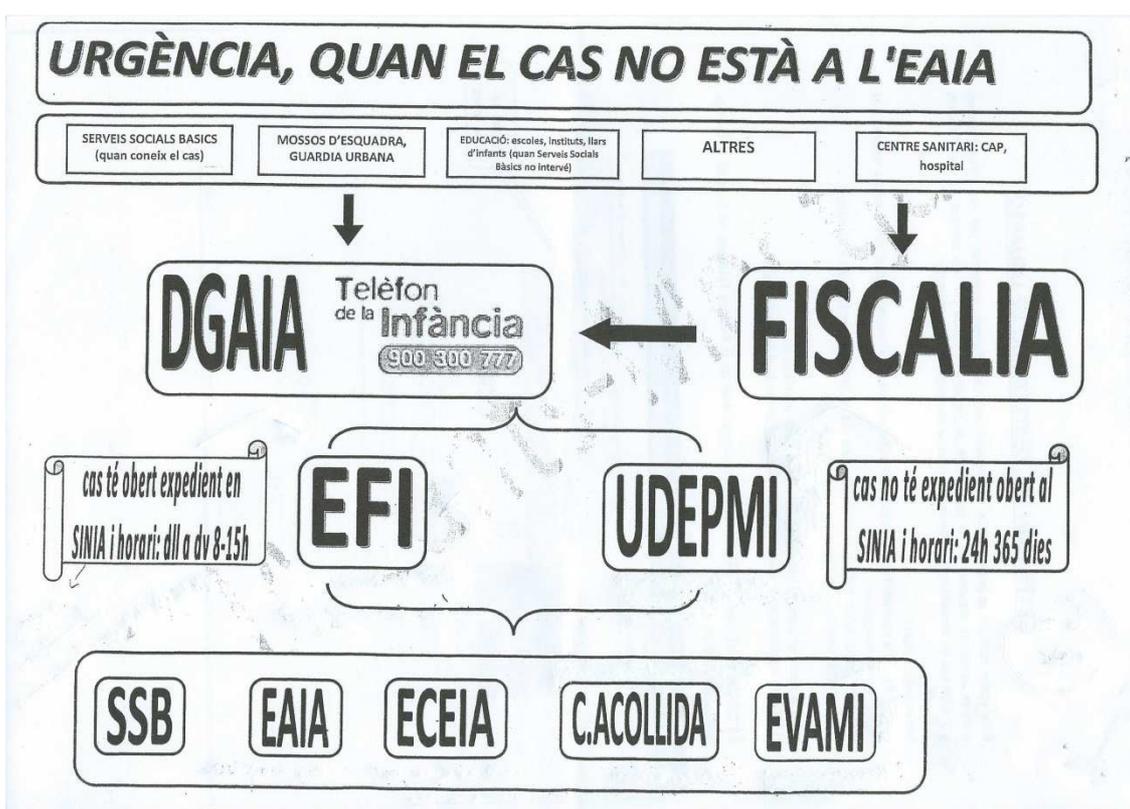


Tabla 5. Protocolo de actuación en casos de urgencia cuando el caso no está en el equipo de atención a la infancia y adolescencia³⁴.

Como lo muestra la imagen anterior, los lineamientos de actuación están claramente definidos, así como los servicios sociales especializados.

³⁴ Fuente SSB Nou Barris.

5. Danza movimiento terapia

Este capítulo hace referencia a la definición y enfoque teórico del cual hace uso la danza movimiento terapia, recapitula aspectos básicos de la teoría de Laban y las cualidades del movimiento, que posteriormente se enfocarán al tratamiento de la población de abuso sexual, y finalmente la experiencia de la práctica clínica que expone cinco ejemplos de mujeres que sufrieron abuso sexual.

5.1 Definición y enfoque

La danza movimiento terapia o DMT, ocupa una modalidad dentro de las Terapias Artístico Creativas, o bien, dentro de las Body oriented therapies and psychotherapies³⁵ (BOT/BOP) mencionadas por Röhrich, (2009, p.136). Se define como el uso psicoterapéutico del movimiento dentro de un proceso que persigue la integración psicofísica (cuerpo-mente) del individuo. Se caracteriza por el uso que hace del medio y proceso artístico (en este caso la danza y el movimiento) para ayudar a solventar los conflictos emocionales o psicológicos de las personas. Parte de la premisa básica que todo movimiento corporal puede llevar a su vez a cambios en la psyche, promoviendo la salud y el crecimiento personal. Basada en la conexión cuerpo-mente, trabaja con el movimiento y la emoción, el cuerpo y su propio lenguaje. (ADMTE, 2014).

El movimiento componente de la danza terapia puede incluir danza rítmica, movimientos espontáneos y creativos, improvisaciones temáticas de movimiento, movimientos del cuerpo simbólicos inconscientes, baile grupal, y un rango de movimientos y ejercicios de

³⁵ Terapias y psicoterapias orientadas al cuerpo.

relajación; así también puede o no incluir música y verbalizaciones (Bernstein, 1986, citado por Mills y Daniluk, 2002, p.78).

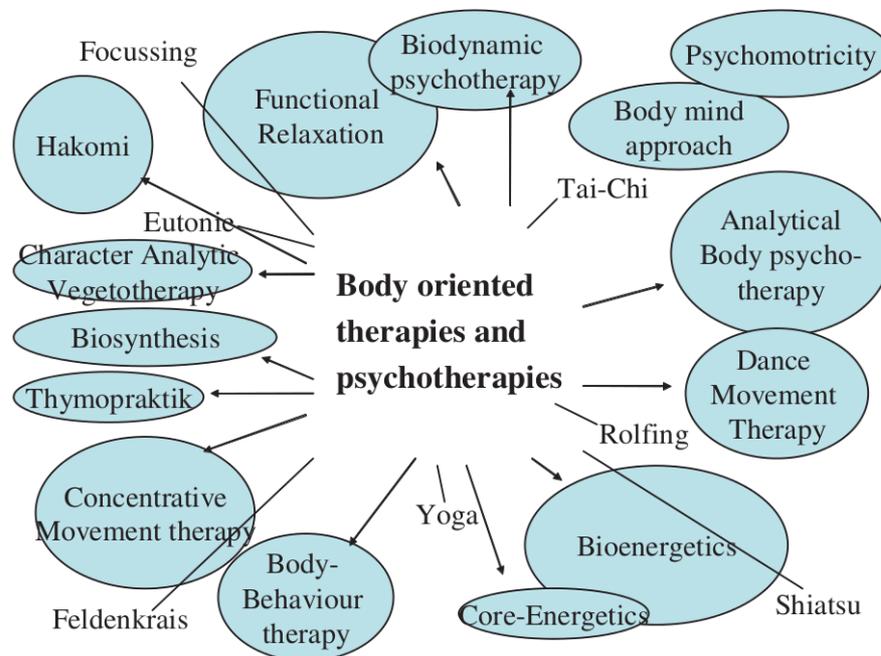


Tabla 6. Diferentes psicoterapias orientadas al cuerpo y escuelas de la terapia del cuerpo referidas por Röhricht, 2009.

Rudolf Laban, pionero de la danza movimiento terapia, creó un método de medición del movimiento conocido como “Labanotation”, concebido para transcribir todos los movimientos simples o complejos del cuerpo humano (Challet-Haas, 2004, p.25). Asimismo creó el concepto de effort, concepto utilizado para describir cambios en el movimiento en relación con su cualidad y su adaptación física en el espacio (Panhofer, 2005, pág. 68). El sistema de Laban Movement Analysis (LMA), incluye cinco cualidades principales: cuerpo, relaciones, espacio, esfuerzo y forma. El componente cuerpo se refiere a las partes del cuerpo utilizadas, la coordinación y el fraseo del movimiento. El de relaciones se refiere a las relaciones entre individuos. El de espacio se

refiere al lugar, dirección y patrón de movimientos y es basado en el concepto de kinesphere³⁶ (kinesfera), incluyendo el cuerpo a lo largo de su movimiento. Estas tres primeras cualidades refieren la caracterización estructural del movimiento. El esfuerzo describe cómo el cuerpo concentra el esfuerzo para realizar el movimiento y trata con la expresividad y el estilo (Truong, Boujut, Zaharia, 2015, pág. 5). De la forma del cuerpo se consideran cuatro diferentes: angosta, ancha, curva y retorcida (North, 1975; citada por Queyquep en Wengrovwer, 2008, pág. 244), se observan en el torso y pueden cambiar o ser fijas.

El LMA se centra primariamente en cuatro elementos esenciales del movimiento: flujo, espacio, tiempo y peso (factores de moción/Efforts). Cada uno de estos factores de movimiento habla de cómo el movimiento es ejecutado. Cada persona tiene el potencial de moverse en aquello que se le conoce como esfuerzo, así como de moverse a través de cada elemento del esfuerzo en un continuo entre las polaridades de fighting (lucha) e indulging (entrega) (Young, 2012, pág. 144).

Sobre su clasificación determinó al flujo con objeto la respiración, en relación con los sentimientos, las emociones, el control (Kestenberg, 1992; citado por Panhofer 2005b, p.68). También observado en el grado de tensión muscular, señala todo el movimiento humano y soporte de progresión hacia una acción. Las polaridades del flujo van del libre al contenido. La cualidad de entrega del flujo libre puede ser descrita como una energía que irradia al exterior desde el centro del cuerpo y que se extiende a través de las extremidades, reflejando un movimiento sin preocupaciones ni restricciones. Mientras que la cualidad de lucha del flujo contenido es reflejada en una transmisión de energía a

³⁶ Se trata del espacio utilizado alrededor del cuerpo por los miembros, tanto si se está quieto como si se está en movimiento. Se suele decir que la kinesfera va con nosotros donde quiera que nos movamos. (Wengrovwer, 2008, pág. 246).

partir de los extremos exteriores de las extremidades hacia el centro del cuerpo permitiendo con facilidad detener el movimiento (Laban, 1950/1980; citado por Young, 2012, pág. 145).

El espacio relacionado con objeto el foco, en relación con el pensamiento, el razonamiento y la atención (Kestenberg, 1992; citado por Panhofer 2005b, p.68). En sus cualidades: indirecto y directo nos habla de cómo los humanos enfocamos nuestra atención. La atención multifocal, la flexible, reflejan un acercamiento indirecto al espacio; mientras que el directo señala un punto establecido. “Laban y Lawrence (1947), describieron la exageración del dirigido como obstinación, y North (1972), usó el término obsesivo y de mente estrecha” Young, 2012 (pág. 146).

El peso, relacionado con el músculo, la fisicalidad, la intención, la sensibilidad, la sensación, y el sentido del self (Kestenberg, 1992; citado por Panhofer 2005b, p.68). Señala cómo los humanos aplican fuerza en sus movimientos y es correlacionado con el desarrollo de la intensión. Sus cualidades: Increasing pressure (peso firme/fuerte), y Decreasing pressure (peso liviano), (Young, 2012, pág. 146)

Y finalmente el tiempo, relacionado con la intuición y la toma de decisiones. Aquí el tiempo es observado no como la cantidad de tiempo que tenemos, sino cómo nos acercamos al tiempo, cómo se aprecia en nuestro ritmo (Young, 2012, pág. 146). A través de estos cuatro factores de moción se permite capturar las cualidades del movimiento que caracterizan el perfil de movimiento de un paciente (Kestenberg, 1992; citado por Panhofer 2005b, p.68).

Sobre su trabajo, Laban recalcó:

El cuerpo es una unidad que consta de tres partes: cuerpo, mente y espíritu. Cada una de ellas está relacionada con el movimiento y son independientes. En todo existe un proceso dual: sentimientos y pensamientos, y ello afecta al movimiento del cuerpo. Nos movemos de una cierta manera y eso afecta a nuestra visión y a nuestro pensamiento. Es simplemente imposible caminar de manera <<recta y abierta>> y sentirnos <<decaídos/bajos>>, o movernos <<con descuido y con los hombros descolgados>> y al mismo tiempo tener una visión sana y positiva de unos mismo. (Hodgson y Preston-Dunlop, 1990, citado por Panhofer 2005b, p.53).

Laban observó que los humanos frecuentemente se mueven en estados de esfuerzos, una combinación de dos elementos de esfuerzo. Estos movimientos expresivos reflejan nuestro estado de ánimo, informa nuestro estilo interpersonal, y generalmente cómo funcionamos y expresamos a nosotros mismos al enfrentarnos con el mundo que nos rodea (Young, 2012, pág. 146).

Del mismo modo, Bernstein (1986); Levy (1988); Siegel (1995); citados por Mills et al., (2002, p.77), plantean que la historia de cada individuo está grabada en sus cuerpos y se refleja en su respiración, en las líneas de sus rostros, en sus ojos, y en la forma de caminar en el mundo. Asimismo, altos niveles de tensión en el cuerpo que son observados pueden reflejar alteración en la adaptación social y una ausencia de bienestar personal; altos niveles de ansiedad y bloqueo de procesos de percepción son asociados con el incremento de tensión muscular; misma que afecta la alineación física, nuestra habilidad de soportarnos a nosotros mismos para estar de pie sobre la tierra North, 1975; Levy, 1988; Bernstein, 1979; citados por Lynn (2001, p.33).

Butler, 2006, alude que:

“el cuerpo supone mortalidad, vulnerabilidad, praxis: la piel y la carne nos expone a la mirada de los otros, pero también al contacto y a la violencia, y también son cuerpos los que nos ponen en peligro de convertirnos en agente e instrumentos de todo esto” (Cervini y Cuzolo, 2012, p.13).

La cosificación del cuerpo, tomándose como instrumento de fácil saqueo, lleva entonces al desprendimiento del mismo. A decir de Foucault (1980, p.32):

...el cuerpo está inmerso en un campo político, las relaciones de poder operan sobre él una presa inmediata, lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten a suplicio, lo fuerzan a unos trabajos, lo obligan a unas ceremonias, exigen de él unos signos... (Lagarde, 1990, p.222).

Personas que han sufrido cualquier tipo de violencia (no sólo las mujeres), tratan de marchar de la escena del crimen. Esta huida parece agotadora en el abuso sexual cuando es el cuerpo el mayor escenario en el que sucedieron los hechos, y se ha de aprender a convivir con las sensaciones desagradables que de él se desprenden. Como lo indica Lambronici et al., (2009, p.398), “...the body is the first and only place of human experience; it is the producer and the bearer of meanings”³⁷.

El trabajo con el cuerpo y para el cuerpo es entonces una de las funciones primordiales de la danza movimiento terapia, así como de las terapias corporales. La atención en la observación y análisis del movimiento se encuentra en cómo sucede el movimiento más que en qué movimiento se hace. Es desde la cualidad del movimiento donde se hacen

³⁷ “... el cuerpo es el primero y único lugar de la experiencia humana, es el productor y el portador de significados”.

inferencias acerca del significado psicológico de éste (Panhofer, 2005b, p.67), y aquí la relevancia del quehacer con mujeres que han sufrido daños en él, cuerpos con miedo, angustia, confusión, ambivalencia, vergüenza, culpa, rabia, rechazo, violentados al grado de propiciar la pérdida de contacto con éste y el sentir ajeno; una serie de emociones, sentimientos y sensaciones con diferente contenido antes y después del evento traumático. Variables que determinan la forma de proceder durante el proceso terapéutico, principalmente en la población de abuso sexual. El espacio entonces es creado para la reconciliación con el cuerpo y su autoconocimiento.

5.2 El trabajo a través del cuerpo en el abuso sexual. Aportaciones de la DMT

En la actualidad el abuso sexual resulta un problema de salud pública por el que existen variadas formas tanto de intervención terapéutica (clínica, holística, psiquiátrica, etc.), como instancias de índole pública y privada enfocadas a su tratamiento, diagnóstico y prevención. La danza movimiento terapia invita al uso psicoterapéutico del movimiento y la danza como forma creativa de la integración emocional, cognitiva y social, utilizando el cuerpo y su propio lenguaje corporal (E-motion, ADMTUK, Quarterly, Spring, 1997; citado por Panhofer, 2005a). “Si el psicoanálisis evoca cambios en la actitud mental, se darán también cambios físicos. Si la DMT causa cambios en el comportamiento corporal, también ocurrirán los cambios mentales correspondientes” (Schoop, 1974, citado por Panhofer, 2005b, p.57). Los objetivos terapéuticos son rara o pobremente definidos, y el cambio a menudo se mide en base a la intuición y juicio del danza terapeuta más allá del autoinforme del cliente, o en índices concretos de conducta (Mills, et al., 2002, p.78).

El uso de la metáfora así como de imágenes dentro de las sesiones de danza movimiento terapia, lleva a la exploración del sí mismo y la creación/recreación de éste. “A través de la danza y el movimiento el mundo interior de una persona se hace más tangible”, Panhofer, (2005b, p.51). Como lo evoca Cox y Theilgaard, 1987, citados por Meekums (1999, p.249), al señalar el uso de terapias artístico creativas con sobrevivientes de abuso sexual infantil: “metaphor provides a way of articulating and transforming complex experience... it has been suggested, can act both to distances the client from the emotional content of its reference and to reduce the distances between client and therapist”³⁸. Por lo que la metáfora forma parte de las herramientas de trabajo de las que la danza movimiento terapia se hace valer para la confrontación del conflicto.

Más allá de las secuelas físicas, psicológicas y emocionales de las que ya se han hecho mención, en el abuso sexual se da la pérdida de las herramientas necesarias para relacionarnos en el día a día. Sobre esto exponen Córdoba y Vallejo (2013, p.181):

“la incapacidad de establecer vínculos afectivos estables y profundos con otras personas es una de las primeras manifestaciones del trauma, ya que éste rompe con la confianza básica en el otro ser humano, siendo bloqueada la capacidad para intimar, conectarse con el otro y establecer relaciones empáticas de amistad y pareja”.

De acuerdo con lo anterior, Xavier Bonnal, sociólogo de la Universidad Autónoma de Barcelona, en su participación en el rodaje del documental *Infancia en risc* (2010), donde señala:

³⁸ “la metáfora proporciona una forma de articulación y transformación de una experiencia compleja...se ha sugerido puede actuar tanto en para distanciar al cliente del contenido emocional de su referencia y para reducir la distancia entre cliente y terapeuta.

“...l’infant experimenta múltiples formes de victimització, no només ha estat víctima en el si de la família d’un cert maltractament, ha estat també víctima per part potser de l’administració que no ho ha sabut trobar el millor recurs de protecció i potser víctima social d’un entorn que tendeix a estigmatitzar-lo, que no és capaç de veure’l com a víctima, i que els símptomes que ensenya aquest infant són símptomes molt qüestionats, molt criticats³⁹”.

Es por ello la relevancia en la terapia en danza movimiento, como en cualquier otro tipo de intervención terapéutica con personas que han sufrido violencia sexual, la creación de un espacio que proporcione seguridad, con un alto grado de confianza, empatía e intimidad, que en conjunto busquen llevar a la contención para el abordaje del conflicto. Ya que para muchos sobrevivientes la relación terapéutica es la que inicia el proceso de curación (Lynn, 2001, p.42). “Así, el terapeuta debe acercarse a focos distintos del trauma, abordándolo de una forma indirecta, de manera que el paciente pueda elaborarlo de acuerdo con sus posibilidades, fomentando la capacidad de acceder a una resignificación distinta de su historia”, Córdoba et al., (2013, p.181).

Al respecto, Fischman (2008, p.81), plantea que “la dmt enfoca la vivencia del movimiento sentido y los sentidos del movimiento. Se compromete empáticamente con la experiencia intersubjetiva enraizada en el cuerpo”. La empatía es la capacidad de una persona de comprender a otra, el intento de vivenciar la experiencia ajena. El concepto de empatía kinestésica, utilizado en la danza movimiento terapia, y acuñado por Berger en 1972, nos habla de “... un enfoque de la dinámica de la relación terapéutica... que

³⁹ El niño experimenta múltiples formas de victimización, no sólo ha sido víctima en el seno de la familia de un cierto maltrato, ha sido también víctima por parte quizá de la administración que no ha sabido encontrar el mejor recurso de protección y quizá víctima social de un entorno que tiende a estigmatizarlo, que no es capaz de verlo como víctima, y que los síntomas que enseña este niño son síntomas muy cuestionados, muy criticados.

incluye la comunicación no verbal, el movimiento corporal y la danza” Wengrovwer (2008, p.82). El cuerpo, su movimiento, su lenguaje, sus formas de expresión.

Las raíces orgánicas de la empatía, ligadas al reciente descubrimiento de las neuronas espejo, donde como humanos compartimos con nuestros congéneres una multiplicidad de estados que incluyen acciones, sensaciones y emociones. La estructura neuronal involucrada en el procesamiento y control de las acciones, las sensaciones percibidas y las emociones es activada cuando las mismas acciones, sensaciones y emociones son detectadas en los otros (Wengrovwer, 2008, p.91). La técnica de *espejar* utilizada en terapia habla de que el terapeuta refleja a través de su propia actividad muscular y verbal lo que percibe en el momento y en el cuerpo del paciente; partiendo de la vivencia de su propio cuerpo, empatizando kinestésicamente con éste.

Investigadores y escritores del trauma definen la disociación como el sello del trauma y es en abuso sexual una de las características mayormente nombradas. Como lo plantea Messler (1994, p.31)⁴⁰, diferenciando entre el mecanismo de defensa de la represión y la disociación: “unlike repression, which is a horizontal division into conscious and unconscious mental contents, dissociation involves a vertical splitting of the ego that results in two or more self states that are more or less organized and independently functioning”. En este sentido Fischman (2008, p.85), describe la disociación como un *abandonar el cuerpo* para evitar sentir dolor, negar lo vivenciado; en el intento de cortar el flujo de información que proviene de los canales perceptivos se pierde la conexión con el cuerpo. “Para bloquear el dolor se termina por no sentir nada”, limitando la expresión emocional a lo mínimo. De acuerdo con lo anterior “quizá la experiencia de haber sido

⁴⁰ A diferencia de la represión, que es una división horizontal en contenidos mentales conscientes e inconscientes, la disociación involucra una división vertical del ego que resulta en dos o más estados del self, que son más o menos organizados y funcionando de forma independiente.

confrontado con nuestros propios límites esté relacionada a ese estado de disociación” (Haywood, 2012, p.83).

Devereaux, 2008, citado por Kier, (2011, p.45), menciona que los terapeutas atestiguan las formas en las que el abuso en la infancia causa depresión y sentimientos de culpa, enojo y vergüenza, lo cual arruina la capacidad del niño de desarrollar futuras relaciones sexuales saludables, así como la capacidad de encontrar resiliencia frente las experiencias negativas y trauma. Del mismo modo, Xavier Bonnal (2011), manifiesta:

“...jo crec que hi ha una part molt dolorosa... en infants que relatant situació de abuso sexual...la impressió que tens de allò que estan relatant té el sofriment de considerar-se víctima d'un abús, y la pèrdua de confiança, de amor, per que hi ha elements de amor a vegades⁴¹...”.

Del mismo modo Haywood, (2012, p.81), sostiene que la sexualización prematura a través del abuso, deja muchas pérdidas en este despertar, como lo sería la pérdida del derecho del niño a elegir su primera pareja sexual. En consecuencia, son expuestos a experiencias sexuales para los que no se está preparado sino hasta la adolescencia o la edad adulta joven.

⁴¹ Yo creo que hay una parte muy dolorosa... en niños que relatan situación de abuso sexual... la impresión que tienes de lo que están relatando tiene el sufrimiento de considerarse víctima de un abuso, y la pérdida de confianza, de amor, porque hay elementos de amor a veces...

5.3 El encuentro de la danza movimiento terapia y el abuso sexual

“Qué significa que la violencia se mete en el cuerpo?... el cuerpo se acostumbra al dolor, al hambre y se deja de registrar el nivel de violencia y sus efectos destructivos...”

Cervini, et al., (2012, p.8). La OMS, 2006, referida por Kierr (2011, p.43), alude que la salud sexual requiere un acercamiento positivo de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia.

En este sentido, este autor señala que las referencias verbales hacia el cuerpo usadas en medios públicos, instituciones sociales, así como en entornos privados como los propios hogares, tiene un impacto poderoso en cómo experimentamos nuestra sexualidad. Al respecto Lewis, 1996, indica que un supuesto básico en éste trabajo es que los terapeutas tienen que estar cómodos con su propia sexualidad, dado que los danza movimiento terapeutas usan su propio cuerpo como contenedores del inconsciente encarnado de sus pacientes. (Kierr, 2011, p.11).

Mills et al., (2002, p.77), es su investigación sobre cinco mujeres que sufrieron abuso sexual en su infancia encontraron seis temas en común referidos por éstas durante el proceso de intervención en danza terapia: sentido de espontaneidad, permiso de jugar, sentido de lucha, libertad, conexión íntima y reconexión corporal. Sobre este último, al inicio del proceso todas las mujeres mencionaron sentirse desconectadas de sus cuerpos, algunas inclusive hablaron de una actitud de rechazo donde el cuerpo figuraba como *el enemigo*. Así como un sentido general de no estar presentes en sus cuerpos, varias descripciones sobre disociación, diversos relatos como por ejemplo: *Yo siempre sentí una*

especie de fractura, fragmentada, como partes de mi cuerpo en diferentes planos y que ellos no estaban conectados a mí personalmente.... Me sentí animada a disociar... apagué (p.77).

Del mismo modo todas las mujeres hablaron acerca de cómo la danza terapia implicó un proceso de volver a meterse en sus cuerpos. Reportando una sensación de aumento del sentido de aceptación y cuidado de sus cuerpos, de cómo les proporcionó una sensación de seguridad y control, aprendiendo una respuesta alternativa de resurgimiento de recuerdos dolorosos y una forma de sobrepasar esta reacción defensiva a la incomodidad.

Así describieron su experiencia:

In the dance therapy room, you can have one new experience where (abuse) doesn't happen... you can force your body past that place where it remembers what happened and have a new memory, of something that's different and positive... now I can say to myself "it just feels like where I was before, but I am not actually there" and then I can snap out of it. I just have to remember to go back to my body and do those things where I can feel present⁴² (p.80).

It's being able to move and show the emotion in some way that helps the words come out... I don't have to just say how I feel, I can show how I feel⁴³ (p.80).

El permiso de jugar, fue un aspecto particularmente significativo para algunas mujeres que recuerdan su infancia donde el juego y la diversión fueron escasos o prohibidos,

⁴² En la sala de danza terapia, tu puedes tener una nueva experiencia donde (el abuso) no sucede... puedes forzar a tu cuerpo más allá del lugar donde recuerdas que paso y tener un nuevo recuerdo, de algo que es diferente y positivo.. ahora puedo decirme a mí misma "sólo se siente como donde estuve antes, pero no estoy realmente ahí" y luego salir de ella. Sólo tengo que recordar volver a mi cuerpo y hacer esas cosas donde me puedo sentir presente.

⁴³ Se trata de ser capaz de moverse y mostrar la emoción de alguna manera que ayude a las palabras salir... No tengo sólo que decir cómo me siento, puedo mostrar cómo me siento.

promulgando que el juego y el trabajo pueden coexistir y que de hecho en conjunto pueden llevar a la curación y crecimiento. Describieron el sentido de espontaneidad como un movimiento libre, auto determinado, natural y no inventado, reparando en cómo la autoconciencia dolorosa se convertía en un obstáculo en ocasiones mermando su habilidad de expresarse honestamente a sí mismas a través del movimiento espontáneo.

El sentido de lucha se desarrolló sobre dos vertientes, la primera fue el encontrar la técnica de la danza terapia extraña y en ocasiones difícil e incómoda, dejando inicialmente a su paso el no saber cómo moverse o parecer tonto al hacerlo. La segunda fue referente a la lucha de cómo lidiar con los recuerdos y sentimientos dolorosos. Varias expresaron cómo sus cuerpos contenían información acerca de traumas pasados y sobre cómo ese material poderoso y en ocasiones vergonzoso surgió mientras ellas estaban implicadas en sus movimientos terapéuticos. De igual forma, el sentido de libertad fue referido como el reclamo del derecho a hacerse cargo de cuerpo y de sus experiencias; impulsado a la vez por la modalidad de la terapia donde hay libertad de elección y control sobre el proceso terapéutico. Libertad manifestada en este caso al poder ajustar su participación de acuerdo a sus propias necesidades, expresando sentimientos y memorias primero en movimiento como una forma más segura y gentil para comenzar a trabajar estos temas terapéuticos dolorosos.

Por otra parte, García (2012), debido a la experiencia a través del contacto con esta población descubrió en su investigación teórica que el énfasis en el movimiento y en el cuerpo favorece la salud integral de las personas que participan en ellos. Convencida que es beneficioso iniciar con un proceso no amenazante que pueda mejorar la salud y con ello reducir las sexuales de la violencia sexual se dio a la tarea de diseñar un taller con

intensión psicoeducativa. Pensando en las dificultades de verbalizar la experiencia y apoyándose en técnicas de la danza movimiento terapia y la bioenergética, poder abordar específicamente seis temas: establecimiento de confianza e identificación de la red social, autoestima y autoconocimiento, comunicación asertiva, establecimiento de límites y vínculos, identificación de emociones, y finalmente: consciencia corporal. Con una duración de 36 horas, divididas en 12 sesiones de 3 horas cada una, sobre tres ejes modulares: incrementar la consciencia corporal, favorecer el establecimiento de relaciones de confianza, e incrementar el reconocimiento de sus emociones.

De la danza movimiento terapia retoma algunas de las características referidas por Laban, como los esfuerzos, el cuerpo y el espacio, a través de ejercicios dirigidos a la ampliación del patrón de movimiento de las participantes. Y de la bioenergética la idea de aumentar la consciencia corporal para identificar los bloqueos musculares, permitiendo su movilización y descarga a través del baile. Apuntando que ambas propuestas tienen la finalidad de ayudar a los pacientes a movilizar bloqueos inconscientes, externarlos y con ello abrir el espacio para un nuevo y más sano acomodo corporal. El resultado esperado es generar un mayor nivel de confianza que invite a las participantes a iniciar un proceso terapéutico verbal o corporal a largo plazo, además de promover una mayor autoestima, conocimiento, consciencia sobre el cuerpo como organismo integral e integrado, mayor reconocimiento y control en la expresión emocional, establecimiento de límites sanos en las relaciones interpersonales, mejoras en la comunicación y mayor fluidez de movimiento (García, 2012).

La anterior investigación pensada para la población mexicana como programa piloto que, una vez aplicado y rediseñado, pudiese replicarse por todo el territorio a través de las

agencias especializadas en delitos sexuales pertenecientes a las procuradurías de justicias de todas las entidades federativas. Con la visión de poder adaptarse a diversos tipos de población y países.

En resumen, se puede mencionar que la danza movimiento terapia promueve y proporciona una manera más suave para abordar el reparo de los daños ocasionados por el abuso sexual, en este caso, ocurridos en la infancia. Brindando una forma de abordar las memorias y recuerdos dolorosos con dinámicas y técnicas menos desafiantes para el paciente, promoviendo un trabajo terapéutico corporeizado, enfocado al reparo emocional a través de la corporalidad que pueda brindar bienestar en la vida actual y futura del paciente.

5.4 Reflexiones sobre la experiencia en la práctica clínica en danza movimiento terapia

De 2013-2014 se iniciaron cinco procesos terapéuticos con mujeres adultas víctimas de abuso sexual infantil y adolescente, los primeros tres de 19 sesiones y los últimos dos de 13 y 11 respectivamente. Tres de éstas mujeres fueron atendidas en la Fundación Vicki Bernadet en el primer año de la práctica clínica del máster y las otras dos en el segundo año en la Fundación IPSS (Institut per a la promoció social i de la salut), en uno de sus servicios de acogida para mujeres en situación de violencia machista y sus hijos e hijas. Respetando la confidencialidad y anonimato de cada una de ellas, como una breve viñeta, se hará mención de algunos detalles, vivencias y momentos que se dieron durante la intervención a través de la danza movimiento terapia de cada uno de los casos. Relatos apoyados por los diarios de la práctica clínica de ambos años, con el objetivo de

ejemplificar a nivel verbal y no verbal la forma de expresión de cuerpos que sufrieron algún tipo de violencia sexual.

Cabe mencionar que durante la intervención terapéutica no se verbalizó directamente el tipo de abuso sufrido; no obstante, el trabajo conjunto con las terapeutas de la fundación los primeros tres se pueden intuir tocamientos. Por otro lado, en los últimos dos a pesar de la cercana comunicación con la psicóloga encargada, y por motivos de índole confidencial y de protección de datos, no se hará referencia a elementos que puedan vulnerar el anonimato de las participantes. Asimismo, la muestra a nombrar hace alusión del inicio del abuso sexual en la infancia y/o adolescencia.

5.4.1 Proceso 1

Datos generales.

Edad: 21 años.

Estado civil: soltera.

Nacionalidad: española.

Ocupación: estudiante.

No. de Sesiones DMT: 19

Información.

De los 10-12 años, sufrió abuso sexual por parte de un tío político. Felaciones.

Breve descripción del proceso terapéutico.

Se trata de una adulta joven con rasgos infantiles en la forma de expresar sus conflictos cotidianos, inspira ternura y fragilidad, con el aspecto físico de una mujer guapa. Externaba que sentía miedo y que en su cuerpo se reproducía como una opresión en el pecho o bien en el estómago, como si éste palpitara, como si el corazón estuviese ahí en lugar del pecho. Decía tener dificultades al dormir por las noches, no conciliaba el sueño a menos que estuviese en su habitación y con la lámpara de noche encendida, además de poder tener sueños y pesadillas. Por lo mismo no solía dormir fuera de casa.

Reseñó que en su día a día portaba una especie de traje compuesto por un par de escudos de hierro sujetos a su cuerpo, de 48 kilos y que los llevaba consigo desde los 10 años. Pero éstos la protegían. En otro momento calificó su cuerpo *de plástico*.

Uno de los temas presentes durante las sesiones fue la manifestación de necesitar ser perfecta y estar bien para los demás. Le molestaba su aspecto físico y la imagen que daba

a los demás. Indicó: *“no me gusto... yo no estaría con una persona como yo... me gustaría estar más delgada... si estoy bien con mi imagen estoy bien conmigo misma”*.

Donde se veía a sí misma como una persona egoísta y que dañaba a los demás. En algún momento comentó: *“si no puedo ser perfecta por dentro, tendré que serlo superficialmente...para que la gente me quiera, para que les caiga bien...”*. En la relación terapéutica se mostraba dispuesta, dejando también entrever su ánimo de agradar y ser aceptada.

Era difícil pasar al movimiento. Sus manos se rozaban fuertemente entre ellas. Había extrema tensión en su postura al fijarse en un espacio. Sus movimientos sutiles y contenidos, su andar pasivo. En ocasiones podía percibirla lenta, como suspendida en espacio y tiempo. Cuando está agitada y nerviosa va sin dirección, sin foco, todo se le cae, se le olvidan las cosas, cuando está tranquila camina lento y con poco grounding.

Se mostraba furiosa pero le era difícil expresar esa emoción principalmente porque la receptora de esa furia era su madre, con quien se relacionaba dentro de una dinámica constante de reclamos por ambas partes; ella la culpaba por haber descubierto su secreto, una vez habérselo confiado, fracturando a su familia y distanciándola de sus abuelos y demás parientes.

Verbalizaba constantemente tener miedo a que le volvieran a hacer daño, a los demás, a las cosas que pudiesen pasarle, a los hombres. Miedo que la paralizaba. En algún momento expresó: *“claro, lo que me hace falta es tener confianza en lo que hago”*. Le preocupaba no sentirse útil. Así mismo, entendía que vivía en un juego con los hombres basado en la seducción, donde cuando perdía el interés por ellos los dejaba. Comentó: “...

él me decía que era un juego y yo solo seguía las reglas del juego..., ahora yo quiero jugar con los hombres... juego con los hombres y hasta el momento en que he conseguido lo que quiero no me detengo... ”.

Reflexiones sobre el proceso.

Representa una niña muy asustada, frágil e indefensa que ha hecho hasta lo imposible y utilizado todo lo que está a su alcance para protegerse, como lo describe con el traje hecho de escudos de hierro. Asimismo, la descripción que hace del peso de éstos suena similar a su propio peso (siendo una mujer delgada), o bien el peso que tendría al momento de los abusos. Y suena más bien como si tuviese que cargar con ella misma todo el tiempo, tener que cuidar ese cuerpo que en el pasado ya le ha traído dificultades. Por lo tanto hay que vigilarlo.

Ha llegado a mirarlo de plástico en lugar de carne y hueso, como si no hubiese más vida, como de quien tiene la esperanza de que así dejar de sentir. El corazón no le palpita en el pecho, lo hace en el estómago, ¿por qué? En los “juegos sexualizados” fue sometida a realizar sexo oral, una imagen impactante, el alimento que le dieron no fue amor, fue terror y así como con la angustia el corazón amenaza salirse del pecho, ahora quisiera salirse el estómago y no albergar aquel sabor de boca. En su grafismo⁴⁴ se logra apreciar la acumulación de algo especialmente en su pecho, torso y estómago, pero no baja por el resto del cuerpo, es decir, se queda estancado y al parecer aún no ha podido ser evacuado. La han hecho sentirse avergonzada, como si ella tuviera la culpa (cualidad de los violadores, que también puede ser potenciada por la familia una vez revelado el evento), y ahora se muestra indigna de ser aceptada, justo lo que más desea. Y cree fielmente que

⁴⁴ Ilustración mostrada en el apartado de anexos. Figura No. 1

sólo lo logrará a través de su anhelada “perfección”, sin importar que sea superficialmente. Así como vive en su cuerpo de plástico y refiere superficialidad, se asemeja a una muñeca *Barbie* con la que se puede jugar y que en su caso ya lo han hecho.

La forma en la que suele relacionarse con el sexo opuesto invita a pensar en ella como ese juguete con el que juegan, a pesar de que ella crea todo lo contrario. En una postura rebelde ahora maneja el mismo juego de seducción al que la sometieron, y no logra relacionarse de manera espontánea y sana, su comportamiento está medido y calculado como si fuese un juego de cartas. La contención tanto de la ira como de la angustia que es incapaz de sacar, parecieran estar encerradas en su cuerpo restándole tal nivel de energía que se encuentra sin vitalidad.

5.4.2 Proceso 2

Datos generales.

Edad: 31 años.

Estado civil: soltera.

Nacionalidad: española.

Ocupación: ninguna.

No. de Sesiones DMT: 19

Información.

Abusos sufridos por parte de su hermano mayor durante la adolescencia, de los 13-14 años aproximadamente.

Datos relevantes: al momento de la intervención terapéutica solamente una persona (su ex-pareja) tenía conocimiento de los abusos. Así mismo, a pocas semanas de finalizar el proceso falleció su padre.

Acudía a citas periódicas con el cardiólogo debido a que desde pequeña tiene dificultades con el corazón. Citó haber sido una niña sobreprotegida, limitada a hacer ciertas cosas, podía jugar y correr pero no podía hacer deporte.

Breve descripción del proceso terapéutico.

Llegó al espacio terapéutico apática, admitió haber asistido a la primera sesión *para probar*; a partir de la segunda sesión se presentó con mayor disposición. Es una mujer muy delgada, de aspecto huesudo y apariencia física frágil. Mencionó el deseo de tener un agujero (o esfera) al cual poder recurrir cuando lo necesitase. Éste había de tener *vistas lindas*, al mar o la montaña⁴⁵. Sentía en su cuerpo nerviosismo situado a la altura de su pecho, como una pelota que se movía rápidamente. Una de sus primeras demandas fue:

⁴⁵ Ilustración mostrada en el apartado de anexos. Figura No. 2

“quiero poder relajarme mejor sin que la gente me asuste”. Nombraba comenzar a sentirse nerviosa desde el momento en que entraba al edificio y más aún al cruzar la puerta de recepción resumiendo que *sabía a lo que iba*. Además, la sala de las sesiones contaba con tres puertas que refería la hacían mantenerse en alerta, porque *podría entrar cualquiera y hacerle daño*.

Manifestó resistencia a la música suave y/o similar a sonidos de la naturaleza, admitiendo que dicha incomodidad era porque la música la hacía conectar.

Solía acudir a una postura de encorvamiento donde se encapsaba en sí misma enrollándose, flexionando sus rodillas, juntando sus piernas, sujetadas por sus manos y ubicando la cabeza hacia abajo y adentro. Decía que era como *un bicho bola*. Explicaba que durante el día su nivel de energía cambiaba, por las mañanas era alto y por las noches casi nulo, momento del día en que la cabeza solía pesarle. Por el contrario, relataba también que en ocasiones no había peso en su cuerpo. Se observaban movimientos de lucha, presionando las manos fuertemente contra el suelo, o bien, frotándose lentamente entre ellas con un flujo conducido y peso firme.

En una ocasión relató: *“me siento encerrada en una jaula... no entiendo nada...estoy furiosa, la cabeza me explota... hoy no entiendo nada...”*. En esa misma sesión resumió su trabajo en movimiento diciendo que estaba en la esquina en un rincón con mucha gente encima que no la dejaba respirar.

Se mostraba sorprendida ante las propuestas de trabajo dentro de las sesiones y la libertad de llevarlas o no a cabo, como la utilización de material diverso, el lanzamiento de

pequeños costales de arena contra la pared, o el poder estirarse en el suelo si así lo deseaba; pareciendo que la permisividad y/o decisiones por sí misma era cuestiones restringidas en su día a día.

La interacción en casa, con su familia, le resultaba difícil ya que eventualmente convivía con su hermano mayor, momentos en los que no sabía cómo conducirse y *controlar sus emociones*. Expresó: “... *no sé quién soy, he pasado tanto tiempo aparentando ser alguien más que no sé quién soy, qué quiero...es como si estuviese viviendo en el cuerpo de alguien más...*”.

Reflexiones sobre el proceso.

Sus posturas corporales estaban en constante relación a sus relatos, sus ilustraciones y su discurso. La mejor descripción de sí misma fue ser “un bicho bola”, pues no sólo así se sentía, sino así se mostraba a los demás. Tenía un caparazón que la envolvía por completo, justo con el agujero que tanto deseaba tener para correr a él y refugiarse en los momentos de emergencia. Prefería estar en esa esfera encerrándose en sí misma y escondiéndose del resto del mundo, en esa ilusión donde se sentía un poco más cómoda y le generaba una tenue sensación de seguridad. Incorporar su grafismo al apartado de anexos fue una tarea difícil debido a la calidad de los trazos de la imagen, completamente lánguidos y suaves, apenas si logra percibirse teniéndolo en manos, líneas casi transparentes como si se fueran difuminando mientras se observan. Como si ella también quisiera desaparecer.

El sobreprotegerse por la minusvalía que se reducía sólo al corazón, pero a través de la que le hicieron creer que era incapaz de llevar una vida normal, creciendo sin haber

desarrollado las competencias necesarias para ser autosuficiente e independiente. El control recibido en casa en el pasado y hasta el momento la han llevado a la inutilización y la incipiente fe en sí misma. No se veía a ella como tal, sino a ella a través de los otros.

Hipervigilante, nerviosa, con miedo de la gente, angustiada de sufrir un daño en cualquier momento. La imagen de la gente encima de ella y la sensación de no poder respirar le impedían ser ella misma y liberar su furia, pero además reconocerla como producto del abuso y no como una característica negativa de sí misma. Su asombro en las sesiones al elegir o no realizar la actividad sugerida daba la impresión de que se le hubiese restringido el derecho a tomar decisiones en su vida, como el deporte que no pudo practicar o las emociones que no debía de mostrar. Anulado su sentir y censurada su manifestación.

Su cuerpo a veces muy presente con persistente dolor en la cabeza y a veces completamente ausente *sin peso*; su nivel de energía en un cotidiano sube y baja; emociones sin controlar, todo en los extremos como si fuese esa pelota en su pecho golpeando en las rejas de esa jaula en la que se sentía, donde no había un continuo sino más bien un vacío.

5.4.3 Proceso 3

Datos generales.

Edad: 34 años.

Estado civil: soltera. Vive en unión libre.

Nacionalidad: española.

Ocupación: profesora.

No. de Sesiones DMT: 19

Información.

A partir de los 7-8 años aproximadamente hasta los 22 años, sufrió abusos por parte de su abuelo materno. Al momento de la intervención terapéutica su abuelo había muerto. Cuando la paciente confesó los eventos a su madre, ésta admitió también haber sufrido abusos sexuales por parte del mismo.

Datos relevantes: No tenía un diagnóstico clínico, pero su terapeuta de la fundación sugiere un perfil de depresión y ansiedad generalizada. Su médico de cabecera le asignó medicamento antidepresivo y ansiolítico que podía ingerir en caso de emergencia, más no habitualmente.

Breve descripción del proceso terapéutico.

Llegó a la sala de dmt después de más de un año de terapia con la psicóloga y en ese momento la DMT fue un refuerzo (durante el proceso permaneció en ambos). Se encontraba estable, con capacidad de análisis e introspección. Refirió problemas con su alimentación, subiendo y bajando de peso constantemente. La primera imagen de ella en movimiento fue la de un caracol enrollándose. Se encogió en una postura que pareciera fetal-vertical, postura de encorvamiento que la acompañó a lo largo de las sesiones.

Comentó que a los 7- 8 años de edad el médico la puso a régimen porque estaba un poco pasada de peso, y que a partir de los 22 años comenzó la dinámica de perderlo y ganarlo llegando a tener hasta 20 kg arriba de su talla recomendada. Al momento de la terapia se encontraba en el peso más bajo.

Durante la intervención terapéutica solía referir sentir un hoyo negro en el centro de su estómago, que la hacía necesitar querer llenarlo y donde la comida le otorgaba la sensación de sedante⁴⁶. Indicó la sensación añeja de esa bola negra desde *que tiene uso de razón*, pero que también comenzó a reducir su tamaño a partir del momento en que relató su secreto. Especialmente en este caso, las ilustraciones sobre las percepciones respecto a su imagen física, su cuerpo, el ritmo y velocidad al comer, entre otros, fue una técnica útil en el desarrollo del proceso.

Así como en sus estados emocionales, había cambios visibles y contrastantes entre una sesión y otra o inclusive en una misma. Pasaba de la efervescencia, energía, ánimo, expresión, soltura y ligereza en su discurso, a presentarse a la sesión apagada, sin ganas siquiera de moverse (como un globo desinflado), con la pronta invitación al llanto y la inmovilidad. En varias sesiones relató haberse sentido mal físicamente antes de los encuentros, con vómitos, remolinos en el estómago o dolores de cabeza, de igual forma al abandonar el espacio terapéutico. Situación que la llevaba a llegar con cierta reserva en algunos momentos, y al respecto decía: *mi mente y mi cuerpo están como que muy separadas y aquí llego y las junto y trabajo con ambas*. Manifestaba su ánimo por no tener una apariencia de mujer bonita, asociando esta característica con los abusos; en su lugar se empeñaba por parecer una mujer activa, con proyectos, “lista”.

⁴⁶ Ilustración mostrada en el apartado de Anexos. Figura No. 3

Solía moverse en nivel bajo, sus pasos ocurrían en una velocidad disminuida, y el momento de andar por la sala generalmente era breve, buscaba un sitio y se detenía en él. Podíamos estar ambas tiradas en el suelo boca arriba, con las piernas flexionadas, a escasos centímetros de distancia entre nosotras y verbalizando sus sentires.

De su cuerpo un body-shape de pelota, simétrica y cóncava, un grounding que se percibía frágil, tendencia a ritmos de acunar de Kestenberg, su usual vaivén ligero, se mecía fácilmente y en alguna ocasión mencionó haberse mareado, observándose a sí misma como una estructura rígida que se balanceaba; gesto presente desde la primera sesión: balanceo de delante a atrás. Plano vertical, flujo conducido, espacio directo, tiempo sostenido, su peso parecía firme aunque en diversos momentos pasivo.

Reflexiones sobre el proceso.

Una mujer temerosa y con un fuerte sentido de soledad que se ha visto desprotegida por sus cuidadores principales, sus padres, y quizá hasta cierto punto traicionada por su madre quien tenía antecedentes del *peligro* y aun así no fue capaz de cuidarla. La forma en que ha intentado defenderse (desde muy pequeña) ha sido tratando de ocultar su cuerpo y disfrazandolo a través del sobrepeso, para así quizá pasar desapercibida y que aquello que “atraía” deje de existir. Pero se ha visto derrumbada al comprobar que su técnica de camuflaje no surtió efecto, y cansada y desalentada se encerró en ella. Al mismo tiempo su familia al ponerla a dieta a temprana edad le ha impulsado la idea de que el sobrepeso no es adecuado, dejándola desarmada una vez más.

La muerte de su agresor la lleva a desistir de este traje elástico que es su cuerpo que puede estirarse tanto como ella quiera, y decide comenzar un nuevo régimen esta vez impulsada por su pareja, como si intentase recuperarse y volver a sí misma antes de todo lo sucedido. Pero en este proceso de pérdida (literal), se encuentra frente al rechazo de sentirse atractiva y lo que menos desea es que los demás la perciban “bonita”.

Se muestra racional y analítica pero su realidad es tan vulnerable como sus cambios de estado de ánimo. Fácilmente se ve afectada por lo que acontece en su cotidianidad, como la somatización alrededor de las sesiones de dmt. La misma rapidez de reflejo del caracol enconchándose que mostró en la primera sesión. Susceptible a que cualquier cosa pase y encapsulándose para salir lo menos dañada posible. No obstante, hay toda una serie de emociones que lleva a cuevas como la concha del caracol, y que no es capaz de liberarse de ellas.

La fractura en la relación consigo misma y con su cuerpo es claramente reflejada en su propia autoimagen, si el cuerpo que habita le corresponde o no, y la duda de quién es ella misma, no logrando identificarse ni reconocer su propio reflejo en el espejo. Su tendencia a buscar un sitio dentro del espacio donde detener el movimiento y ahí permanecer habla de su cansancio a esa lucha constante por encontrar una definición. Llega a él a velocidad disminuida, en un plano bajo, y balanceándose como quien está a punto de caerse. Su cuerpo pidiéndolo y necesítándolo pero ella sin permitirselo.

5.4.4 Proceso 4

Datos generales.

Edad: 25 años.

Estado civil: soltera.

Nacionalidad: española.

Ocupación: dependienta.

No. de Sesiones DMT: 11

Información.

Abuso sexual en la infancia por parte de uno de sus hermanos mayores, y por una de sus parejas en la edad adulta. Se desconoce edad, prevalencia, tipo.

Datos relevantes: Ingería clonazepam y diazepam por indicaciones de su médico de cabecera.

Breve descripción del proceso terapéutico.

Se le veía una mujer atractiva, con un acento diferente al de los demás, ojos grandes y melena abultada que al paso de los meses teñía de diferentes colores saltando del rubio al moreno y el rojizo. Se desenvuelve risueña, expresiva y festiva. Al momento de iniciar la intervención recientemente había comenzado a trabajar y durante el proceso se vio en la encrucijada de decidir entre al menos un par de opciones laborales, en más de una ocasión. Se trataba de una mujer activa y dinámica, mismas características valoradas en sus trabajos. No obstante, sus horarios no le permitían hacerse cargo de sus hijos por la tarde y contrató a alguien más.

Mencionó que su flaqueo era la dependencia con los hombres, mostraba dificultad para verbalizar su estado. Su dinámica de funcionamiento era salir de una relación y entrar a

otra sin dejar espacio, y que justamente era el espacio que comenzaba a experimentar, donde ella había dado pie a tomarse un tiempo.

En la primera sesión abordó el tema del abuso y nunca lo volvió a nombrar. Señaló que en la generalidad de su vida le hacía falta tranquilidad y equilibrio. Temía volver a cometer los mismos errores y la angustiaba no poder saber hacerse cargo de sus hijos. Manifestaba su agobio por ser madre soltera, molestia por el desinterés del padre de sus hijos y el no tener un espacio para ella misma. En algún momento de la intervención describió que se *sentía en el aire*, haciendo alusión más que a ligereza, a no tener los pies en la tierra, a estar suspendida, sin guía. Comentó también sentirse incómoda con ella misma por sentirse gorda, y que ha llegado a estar 13kg por arriba de su peso.

Su velocidad era acelerada, el ritmo tranquilo y la música sutil la desesperaban. Comunicaba que en su día a día iba contra reloj, en esa sesión corrimos por toda la sala. El ritmo suave le brindaba confort sólo cuando antes de ello hubiese estado en el extremo opuesto, la agitación. A pesar de que solía llegar tarde a los encuentros, venía dispuesta. No obstante, el proceso se vio interrumpido por su abrupto ausentismo.

Flujo contenido, espacio directo, tiempo súbito, peso firme, sus dinámicas de movimiento. Nivel medio, plano sagital, dirección delante-atrás. Decidida, veloz, con actitud de lograr las cosas. Parecía tener una disputa con el tiempo. Solicitó *aprender a relajarse y no vivir en una continua ansiedad*. En la quinta sesión describió una imagen que había tenido durante el trabajo en movimiento: ella se encontraba de pie en el medio del pasillo del metro esperándolo llegar para cogerlo, la gente velozmente pasaba por sus

costados, por detrás y por delante, sin decirle nada, a decir de ella, ni siquiera la veían. Ese día abordamos la forma de mostrarse a los demás.

Contó que en ocasiones se enojaba sin motivo, se descontrolaba y a veces ni siquiera sabía por qué motivo, sintiendo un nudo en el estómago y que el corazón le agitaba a mayor velocidad. Fue el mismo tiempo en que pegaba a su hijo (“*nalgadas, mollejas*”).

Reflexiones sobre el proceso.

En todo momento del proceso estuvo presente la sensación de efervescencia respecto a ella, tanto por su ritmo agitado, la incertidumbre de su asistencia o abandono del proceso y hasta el constante cambio de tonalidad en su cabello. Incertidumbre en lo que podría pasar. Una joven con una gran necesidad de apoyo y afirmación de sí misma. Su ritmo veloz era el mismo en todos los aspectos de su vida, velozmente fue madre de dos hijos, velozmente ha dejado de verse como una joven de 25 años y a ese mismo instante le vinieron las responsabilidades, con lo cual no le alcanza el tiempo de resolver sus asuntos.

Se le veía envuelta por un sentido de urgencia que la enredaba en una auto-exigencia por conseguir cosas en ocasiones innecesarias (varios trabajos a la vez), que contrariamente la llevaban a descuidar aquellas de importancia primaria pero que además le demandaban toda su atención (como el cuidado de sus hijos). Así como el tiempo, el espacio ha sido crucial en su vida, pues nunca ha existido. Bajo la rebeldía de no tener un espacio tranquilo y relajado para ella misma, se cobijaba el miedo que le daba hacerse responsable de algo tan crucial como la vida de sus hijos, invadiéndole el temor a fracasar como lo hicieron sus padres con ella, descuido que le costó un abuso sexual, pero más aún

por sentirse sola en esa desafiante tarea. El no contar con el apoyo del padre de éstos la hacía entrar en una dinámica de acelerar-se de tal forma que pareciera no poder parar.

A pesar de hacer demandas específicas para sí misma, como un momento sin estresores, pareciera que tampoco sabría qué hacer con él, puesto que convivir con ella misma y a través de sí misma no era una práctica común. En su lugar ha saltado de una relación a otra sin dejar un margen en el cual poder resituarse y sentirse. Y es el momento en que se encuentra sin una pareja sentimental el que la hace mirarse en su realidad y la atemoriza. Prefiere estar ocupada con algo en lugar de pensar.

Desconoce de límites, ya que desde la infancia no fueron determinadas ni respetadas sus propias fronteras, no sabe hasta dónde llegar y hasta dónde permitir, esta carencia la ha llevado a consentir situaciones de abuso doméstico en su vida adulta y a favorecer su sentido vulnerable.

5.4.5 Proceso 5

Datos generales.

Edad: 52 años.

Estado civil: soltera.

Nacionalidad: española.

Ocupación: ninguna.

No. de Sesiones DMT: 13

Información.

Sufrió abuso sexual en tres ocasiones, cada una con personas distintas. El primero a los 8 años de edad por parte de su padre, el segundo a los 13/14 años por un conocido de la familia. El tercero sólo lo refirió durante la intervención terapéutica pero no abordó detalles. Narró que su padre la golpeaba por las noches. Ha tenido al menos un par de parejas con las que ha vivido violencia física y psicológica (engaños). Hace dos años se alejó de la última.

Datos relevantes: DX Psicológico: trastorno distímico con rasgos psicóticos. Ha padecido anorexia nerviosa y en más de una ocasión ha estado ingresada en el hospital psiquiátrico. Tiene obsesiones de limpieza. Frecuentemente sufre pesadillas. Recibe una pensión por invalidez. Confesó haber tenido entre siete y nueve intentos de suicidio. Relató que desde los ocho años acude al psiquiatra. Consume medicamentos específicos diaria y mensualmente.

Breve descripción del proceso terapéutico.

Generalmente al iniciar las sesiones abordaba sus temas médicos, las enfermedades por las que se estaba atendiendo (dentista, oftalmólogo, dermatólogo y psiquiatra). Las sesiones se desarrollaban siempre en una mezcla de temáticas. Desde el inicio del proceso

habló acerca de los abusos padecidos de niña y adolescente, pero de manera dosificada, es decir, los fue describiendo uno a uno durante todo el proceso, respetando la línea del tiempo en que sucedieron. El tercero no logró detallarlo porque el tiempo de la intervención finalizó.

Relató que su abuela lavó durante muchas horas sus partes íntimas cuando se la llevaron a casa, después de haberse dado la violación. Describió también su hábito por tomar entre 4-5 duchas al día, motivo que generó su enfermedad en la piel.

Nombraba su deseo por tener una casa propia, pero una que no tuviese esquinas, porque éstas no le gustan, le generaban miedo. Por otra parte en su día a día se sentía en una esquina, arrinconada, posición que la llevaba a sentirse cautiva. Refirió tener dificultades para poder establecer relaciones interpersonales profundas por temor a ser traicionada, al parecer un factor común en su historia de vida.

Manifestó tener pensamientos repetitivos que la agobiaban, principalmente sobre lo que los demás pudiesen pensar de ella. Mostraba la necesidad de que le indicasen cómo hacer las cosas, además de repetidamente buscar la aprobación de sus actos. Así mismo, era poco tolerante a los espacios donde personas pudiesen tener alguna disputa o debate, situación que la hacía sentir incómoda recordándole vivencias pasadas (en su casa siempre le gritaban), y la llevaba a marcharse a *su mundo*, haciendo referencia a encerrarse en su habitación y permanecer ahí. En una ocasión con un ejercicio de relajación manifestó que *no estaba y que se había ido, como si no estuviese en su cuerpo*. El tema de sus miedos fue uno de los más expuestos durante la intervención. En movimiento refirió que éste la hacía agachar la cabeza y a veces caminar con las manos

hacia atrás, lo describía como *una mochila llena de piedras*. Moverse también le daba miedo. Por las noches no podía dormir sin la luz de la habitación encendida, temía que alguien entrase y la tocara. Llegando también al miedo a objetos inanimados como su armario, el cual tenía que estar abierto para que ella pudiese dormir.

Era sigilosa en sus reseñas y emitía sus comentarios señalando no fuesen difundidos a los demás. Impregnados con una apariencia de secretismo. Así mismo, sus relatos contenían datos altamente precisos y detallados. En la quinta sesión comentó su displacer por mirar su reflejo en un espejo, motivo que la llevaba a evitarlos y por lo que, a decir de ella, no se había visto en el espejo en los últimos seis meses. Describía la imagen de sí misma como ridícula, horrorosa, monstruosa. En su discurso solía ser estricta en la crítica para con ella misma.

Su andar tendía más al tiempo sostenido, sus pies parecían pesados, quizá hasta los arrastraba, sus talones en las pisadas eran ruidosos, su espacio directo. Tendía a una postura de curvatura desde la espalda al cuello y el torso.

Reflexiones sobre el proceso.

Personifica a una mujer que ha sufrido mucho y que se encuentra en un momento en que la forma de contención que está recibiendo, a pesar de comenzar a otorgarle cierta estabilidad, la asusta. Ha sufrido una serie de maltratos graves desde muy temprana edad que le han desbordado un desfile de malestares. Síntomas y patologías desde físicas hasta psicológicas, similares a esta *mochila con piedras* que dice llevar a cuestas cada día. Está fuertemente dañada por la enfermedad añeja, su pensamiento persecutorio no la deja ni un

instante y entre el medicamento e interminables intervenciones ha sido capaz de “sobrevivir”.

La interacción con el largo listado de profesionales y servicios de atención especializada, han acentuado su forma superficial y de abundancia suspicacia de la forma en que se relaciona con el mundo exterior. No confía en nadie, ni en ella misma; se relaciona a través del pánico de ser traicionada incurriendo con gran facilidad al retraimiento social, *prefiere estar sola para no dañar a nadie*. Su familia le ha hecho saber que ella es responsable de todas las cosas que le pasan, señalándola como elemento negativo, “*arrinconándola*”, además de anularla como persona capaz de un criterio propio, “*sentirse en la esquina*”, buscando constantemente le den el visto bueno a todas las acciones que emprende.

Es sorprendente la precisión de datos que contienen sus relatos, siendo estos altamente detallados sufre cada vez que los cuenta y vuelve a revivirlos. Experiencias con más de 20 años de antigüedad vuelven a invadir su cuerpo haciéndola estar en un constante suplicio. A pesar de ello, utiliza esta habilidad como especie de seducción con el otro que la haga mantener el interés sobre ella, es decir, como una demanda de atención especializada a sus propias necesidades y que éstas destaquen de las del resto.

Los rasgos psicóticos y otras características de personalidad han afectado gravemente su relación con ella misma promulgando el rechazo de su propia imagen, la desacreditación de su desempeño cotidiano y la poca toma de decisiones que le queda en su vida. Mientras menos contacto pueda tener con ella, mejor. No hay un reconocimiento de sí misma sino al contrario, una evitación; rehuyendo literalmente de su propio reflejo en el

espejo. En sus grafismos⁴⁷ se logra observar de manera impactante esta disputa con su propio ser, al haber internalizado estos sentimientos de inadecuación, viéndose como un ser monstruoso al que no se le deben acercar para que no les pueda hacer daño. Sintiéndose ridícula en su propia feminidad y experiencia de su sexualidad. Por ello la casi nula incorporación de elementos femeninos.

⁴⁷ Ilustración adjunta en el apartado de anexos. Figura número 4 y 5.

6. Conclusiones

A pesar de que las respuestas del trauma son muy diversas y se manifiestan de forma diferente en cada individuo, los casos anteriormente relatados dan evidencia de factores comunes fuertemente ligados a la fractura, bloqueo y rechazo corporal. Dando razón a que la reconciliación y reencuentro con la propia corporalidad es uno de los objetivos terapéuticos primordiales en cualquier método de recuperación y más enfáticamente en la danza movimiento terapia. Donde se promueva la reintegración del sí mismo, y a manera de puzzle recolocar cada pieza en su sitio y reconstruir aquellas que han sido fuertemente dañadas. Utilizando como principal puente de contacto empatía y sentido de seguridad en el establecimiento de la relación terapéutica, teniendo presente la pérdida y daño colateral de la confianza básica que han sufrido las víctimas de abuso sexual.

Está claro que el abuso sexual además de ser un delito en todas sus variantes, ha logrado consolidarse como un problema de salud globalizado, que así como se extiende alrededor del mundo entero atravesando todo tipo de culturas, ideologías y razas, cobija también todos los estatus sociales y económicos. Ha alcanzado la gravedad de tales dimensiones que ha obligado e impulsado la creación de instancias de diversa orientación: regionales, nacionales e internacionales, de carácter tanto privado como del estado, enfocados a su tratamiento y prevención sin lograr aún paralizarlo. Está de más señalar la responsabilidad de las instituciones, los profesionales, las familias y la sociedad en general, además del trabajo en conjunto entre ellos para lograr erradicar tal problemática.

El inicio de un proceso terapéutico que promueva el restablecimiento emocional, físico y psicológico en una víctima de abuso sexual, de entrada puede ser atemorizante para ésta debido al daño que ha sufrido en sus recursos primarios como la confianza básica en sí mismo y en los demás, autoestima, autoconcepto y autoimagen, entre un largo listado de afectaciones que la llevan a sentirse vulnerable y devaluada. Ha quedado reflejada la perturbación respecto a la corporalidad y el sentirse desintonizado del que, en su momento, fue objeto de violencia. Causando el rechazo hacia sí mismo desde lo corpóreo, repudio y/o bloqueo de las zonas específicas donde fue cometido el abuso, o bien, el reniego a habitar y ser desde su propio cuerpo. Elementos que exclaman la importancia de la introducción de terapias que involucren el contacto con el cuerpo para promover la reconstrucción del sí mismo como un todo. Y dado que es el cuerpo por el que se ha padecido severos daños, éste también debe ser rehabilitado.

A través de los diversos autores citados a lo largo de la investigación, puede afirmarse que la danza movimiento terapia en el trabajo con mujeres que han sufrido abusos sexuales proporciona una manera de expresar emociones, abordar conflictos psicológicos generados por el evento traumático y restablecer una relación positiva con su propio cuerpo. Debido a la naturaleza holística e integrativa de la danza movimiento terapia que promueve la recuperación de la desintegración del self. Otorgando recursos viables a través de la expresión creativa y exploración del movimiento, afrontando la problemática desde la comunicación no verbal, el acompañamiento y la relación terapéutica.

Asimismo, en el acercamiento con los servicios sociales de la ciudad de Barcelona se destacó la poca afluencia de mujeres adultas con antecedentes de abuso sexual, al declarar

que rara vez atienden casos de esta población. Por lo que es imprescindible el abordaje de programas efectivos que impulsen la utilización de los recursos existentes para el trabajo y reparación de las secuelas derivadas de un abuso sexual, así como de la potenciación de hablar sobre el tema, para que las mujeres se sientan arropadas y sea una barrera menos que les permita abrirse y pedir ayuda. Ya que en principio los protocolos de actuación existentes están referidos a la atención de niños y adolescentes.

La intención inicial del presente trabajo de investigación fue abordar el tema del abuso sexual, ya que al día de hoy sigue siendo un tabú, por lo que el simple hecho de hablar de abuso sexual significa dar un paso más para la concienciación de esta problemática. Debido también a que a pesar de la existencia de estudios, programas y talleres de danza movimiento terapia en relación al abuso sexual y la violencia de género, son muchos más los referidos a otros temas y poblaciones.

7. Referencias bibliográficas

- Abad, M. (2009). El abuso sexual. Comentario sobre un caso clínico. *Aperturas Psicoanalíticas*(31). Recuperado el Febrero de 2014, de Aperturas Psicoanalíticas:
<http://www.aperturas.org/terminos.php?t=el-abuso-sexual-comentario-sobre-un-caso-clinico>
- ADMTE. (2014). *Asociación de Danza Movimiento Terapia Española*. Obtenido de
<http://www.danzamovimientoterapia.com/>
- Adzuba, C. (8 de Octubre de 2014). Reptes per superar la violència sexual a la República Democràtica del Congo. Cerdanyola del Vallès, Barcelona.
- Bacete, R. (s.f.). *Emakunde. Instituto Vasco de la Mujer*. Recuperado el 28 de Agosto de 2014, de
<http://www.emakunde.euskadi.net/u72-home/es/>
- Castillo, R. (22-25 de Agosto de 2012). *Perfil y tipologías del Agresor sexual*. Recuperado el 7 de Octubre de 2014, de
http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31002369/MEMORIAS_CIPIRS.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1413285922&Signature=daSo3pp7F4Lkffq%2BJNL7ri2HAbE%3D&response-content-disposition=inline#page=87
- Cavadinha, M. L. (Mayo-Junio de 2009). *Sentirse impotente: un sentimiento expresado por cuidadores de víctimas de violencia sexual*. Recuperado el 14 de Agosto de 2014, de
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/es_02.pdf
- Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya. (2009). Recuperado el 7 de Octubre de 2014, de
http://www20.gencat.cat/docs/Justicia/Documents/ARXIUS/Delitos_sexuales_y_reincidencia.pdf

- Cervini, A. C. (Septiembre de 2012). *El lenguaje del cuerpo entre el entramado institucional y la violencia estructural*. Recuperado el 14 de Agosto de 2014, de http://www.margen.org/suscri/margen66/14_cunzolo.pdf
- Challet-Haas, J. (2004). *Gramática de la notación Laban. La simbolització del moviment dansat*. París: Centre National d'Ecriture du Mouvement.
- CNN Expasión. (6 de Octubre de 2014). *CNN Expasión*. Recuperado el 11 de Octubre de 2014, de <http://www.cnnexpansion.com/economia/2014/10/06/mexico-reprueba-en-calidad-de-vida>
- CNN México. (6 de Octubre de 2014). *CNN México*. Recuperado el 11 de Octubre de 2014, de <http://mexico.cnn.com/nacional/2014/10/06/la-ocde-indica-que-mexico-esta-reprobado-en-calidad-de-vida>
- Córdoba, M. V. (Agosto de 2013). Violencia Sexual y empatía: la danza en contextos terapéuticos. *Pensamiento Psicológico*, 11(2), 177-190.
- Cortés, C. (Octubre-Julio de 2012-2013). *Diario de la práctica clínica en danza movimiento terapia*. Barcelona, España.
- Cortés, C. (Octubre-Junio de 2013-2014). *Diario de la práctica clínica en danza movimiento terapia*. Barcelona, España.
- Dayton, E. (2010). *The creative use of dance/movement therapy processes to transform intrapersonal conflicts associated with sexual trauma in women*. Recuperado el Agosto de 2014, de http://pdxscholar.library.pdx.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1385&context=open_access_etds
- De Azevedo Lima, V. S. (Noviembre-Diciembre de 2009). *Violencia contra mujeres amazónicas*. Recuperado el 14 de Agosto de 2014, de *Revista Latino-Americana de Enfermagem*:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000600007&script=sci_arttext&tIng=es

De Souza, M. S. (Enero-Febrero de 2014). Ocurrencia de violencia contra la mujer en los diferentes ciclos de vida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(1), 85-92.

Departament de Justicia. (s.f.). *Generalitat de Catalunya*. Recuperado el Octubre de 2014, de http://justicia.gencat.cat/web/.content/home/departament/cataleg_serveis/20140103_cataleg_serveis.pdf

Departament de Justicia. . (s.f.). *Generalitat de Catalunya*. Recuperado el 1 de Octubre de 2014, de Oficina d'Atenció a la víctima: http://administraciojusticia.gencat.cat/ca/serveis_als_ciutadans/atencio_a_la_victima/oficina_d_atencio_a_la_vi/

Departament de Serveis Socials. (s.f.). *Generalitat de Catalunya*. Recuperado el 10 de Octubre de 2014, de http://www20.gencat.cat/docs/bsf/03Ambits%20tematics/15Serveissocials/Estadistiques/Mapa_serveis_socials/2012/dones_violencia_fills2012.pdf

Departament d'Economia i Coneixement. Direcció General de Presupostos. (s.f.). *Generalitat de Catalunya*. Recuperado el 1 de Octubre de 2014, de <http://web.gencat.cat/ca/inici/index.html>

Departamento de Bienestar Social i Família. (s.f.). *Generalitat de Catalunya*. Recuperado el 1 de Octubre de 2014, de http://www20.gencat.cat/docs/bsf/03Ambits%20tematics/15Serveissocials/Estadistiques/Mapa_serveis_socials/2012/Infancia_adolescencia_joventut12.pdf

Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Consellera de Benestar Social i Família. (2013). *Ordre BSF/331/2013, de 18 de desembre, per la qual s'aproven les llistes d'indicadors i factors de protecció dels infants i adolescents*. Disposicions, Barcelona.

Faustino, E. (Abril de 2013). *Comisión Española de ayuda al refugiado*. Recuperado el 10 de Octubre de 2014, de <http://cear.es/wp-content/uploads/2013/10/R-D.-CONGO.-2013.-Situacion-de-ninos-y-ninas.pdf>

Fernández, M. (1990). Resumen de la Introducción del libro: Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. México.

Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas. (s.f.). Recuperado el 2010 de Octubre de 2014, de <http://www.unfpa.or.cr/estado-de-la-poblacion-mundial-2013>

Forward, S. (1989). La traición final. Los que maltratan sexualmente. En *Padres que odian. La incompreensión Familiar: un problema con solución*. (págs. 169-199). Nueva York: Grijalbo.

Foster, J. H. (29 de Julio de 2014). Through the eyes of the wounded: A narrative analysis of Children's sexual abuse experiences and recovery process. *Journal of child sexual abuse*, 23(5), 538-557. Recuperado el 01 de Noviembre de 2014, de <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10538712.2014.918072>

Fuentes, G. (2011). Abuso sexual infantil intrafamiliar. El abordaje desde el trabajo social y la necesidad de una mirada interdisciplinaria. . *Trabajo final de tesis. Licenciatura en trabajo social. Facultad de filosofía y letras. Universidad Nacional de Tucumán*. Tucumán, Argentina.

García, S. (Junio de 2012). De regreso al cuerpo: propuesta psicoeducativa con bioenergética y danza movimiento terapia para mejorar la salud de mujeres víctimas de violencia sexual. *Tesina del máster en danza movimiento terapia. Universidad Autónoma de Barcelona*. Barcelona, España.

Generalitat de Catalunya. (23 de Noviembre de 2008). *Codi Penal: Llei Orgànica 10/1995, de 23 de Novembre* (Vol. 73). Barcelona, Espanya: Quaderns de Lesgislació. Recuperado el 7 de Octubre de 2014, de

http://justicia.gencat.cat/web/.content/documents/arxiu/codi_penal_73.pdf

González, E. (25 de Octubre de 2012). Una aproximación a las características de los abusadores sexuales y los factores asociados al abuso. *Cuadernos Médicos Sociales. Colegio Médico de Chile A.G.*, 52(4), 187-198.

Haywood, S. (29 de Mayo de 2012). Liminality, art therapy and childhood sexual abuse.

International journal of art therapy: Formerly Inscape, 17(2), 80-86. Recuperado el 28 de Octubre de 2014, de

http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/17454832.2012.687749#.VFj57_mG-ZM

Hernández, A. (2009). Femicidios en Ciudad Juárez: Libre comercio, narcotráfico y sexismo.

Afuera. Estudios de crítica Cultural.(6).

Hernández, F. V. (Enero-Abril de 2007). El papel de la violencia en el aprendizaje de las

masculinidades. *Revista de Educación. Centro de Estudios sobre el cambio en la cultura y la educación*(342), 103-125.

Hernández, R. F. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana de México, S.A. de C.V.

Institut d'Estadística de Catalunya. (s.f.). Recuperado el 30 de Septiembre de 2014, de

<http://www.idescat.cat/es/>

Institut d'Estadística de Catalunya. Generalitat de Catalunya. (2013). Recuperado el 30 de

Septiembre de 2014, de <http://www.idescat.cat/es/>

Instituto Nacional de Estadística. (s.f.). Recuperado el 30 de Septiembre de 2014, de

<http://www.ine.es/>

- Kierr, S. (2011). Is dance movement therapy relevant to the process of achieving a healthy sexuality? *American Journal of Dance Therapy*, 33(1), 42-56. Recuperado el 04 de Noviembre de 2014, de <http://link.springer.com.arenab.cat/article/10.1007/s10465-011-9103-9>
- Labronici, L. (Julio-Septiembre de 2012). *Proceso de Resiliencia en las mujeres víctimas de violencia doméstica: desde una mirada fenomenológica*. Recuperado el Agosto de 2014, de Revista da Escola de Enfermagem da USP: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_23.pdf
- Labronici, L. F. (June de 2010). *The meaning of sexual abuse in the manifestation of corporeity: a phenomenological study*. Recuperado el Agosto de 2014, de Revista da Escola de Enfermagem da USP: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200023&script=sci_arttext
- Lagarde, M. (1990). *Los cautiverios de las mujeres: madrepasas, monjas, putas, presas y locas*. Madrid: horas y HORAS la editorial.
- Lagarde, M. (Octubre de 2012). *El feminismo en mi vida. Hitos, claves y topías*. Recuperado el 26 de Agosto de 2014, de Gobierno del Distrito Federal. Instituto de las Mujeres.: <http://www.inmujeres.df.gob.mx/index.jsp>
- Larregola, G. (24 de Febrero de 2011). *Infancia en Risc (Documental)*. Barcelona.
- Larrota, R. (22-25 de Agosto de 2012). *Universidad Pontificia Bolivariana. Sección Bucaramanga. 1º congreso internacional de psicología. Investigación y responsabilidad social*. Recuperado el 7 de Octubre de 2014, de http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31002369/MEMORIAS_CIPIRS.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1413367541&Signature=CUstRA5v4R%2B2Fat%2FQuHtYMTEELg%3D&response-content-disposition=inline#page=87

- Lynn, A. (Spring/Summer de 2001). The Body remembers: dance movement therapy with an adult survivor of torture. *American Journal of Dance Therapy*, 23(1), 29-43. Recuperado el 04 de Noviembre de 2014, de http://download.springer.com.ares.uab.cat/static/pdf/746/art%253A10.1023%252FA%253A1013045823914.pdf?auth66=1415637219_ce2e8393ec00bdda1f2df31c34ae0ff2&ext=.pdf
- Maffía, D. (Primavera de 2009). Cuerpos, fronteras, muros y patrullas. *Revista Científica de UCES (Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales)*, XIII(2), 217-226.
- Magalhaes, Q. G. (Julio-Agosto de 2009). *Abuso sexual infantil: Percepción de las madres frente al abuso sexual de sus hijas*. Recuperado el 14 de Agosto de 2014, de Revista Latino-Americana de Enfermagem: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/es_11.pdf
- Martínez, J. (Noviembre de 1993). *Terapia de Grupo en Abuso Sexual Infantil*.
- McGarry, L. R. (2011). Mirroring in Dance/Movement Therapy: Potencial Mechanisms behind empathy enhancement. *The arts in Psychotherapy*(38), 178-184.
- McGregor, K. (2000). *Abuse-Focused therapy for Adult survivors of Child Sexual Abuse: A Review of the Literature*. New Zealand.
- Mebarak, R. M. (28 de Abril de 2010). Una revisión acerca de la sintomatología del abuso sexual infantil. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*.(25), 128-154.
- Meekums, B. (1999). A creative model for recovery from child sexual abuse trauma. *The arts in Psychotherapy*, 26(4), 247-259.
- Messler, J. G. (1994). *Treating the adult survivor of childhood sexual abuse: A psychoanalytic perspective*. New York, United States of America: Basic Books.

- Mills, L. D. (Invierno de 2002). Her body speaks: the experience of dance therapy for women survivors of child sexual abuse. *Journal of counseling and development.*, 80, 77-85.
Recuperado el 04 de Noviembre de 2014, de
<http://content.ebscohost.com/are.uab.cat/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=2011944559&S=R&D=ccm&EbscoContent=dGJyMNLr40Sepri4zOX0OLCmr0yepRFsKe4SLKWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPPX4FPr1%2BeGudvmh%2FHq>
- Oficina d'Atenció a la víctima. (s.f.). *Generalitat de Catalunya*. Recuperado el 1 de Octubre de 2014, de
http://administraciojusticia.gencat.cat/ca/serveis_als_ciutadans/atencio_a_la_victima/protocols_de_girona/
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud. Sinopsis*.
Recuperado el 02 de Octubre de 2014, de
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102_spa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe Mundial sobre la violencia y la salud: Resumen*.
Recuperado el 31 de Marzo de 2014, de
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Panhofer, H. (2005). Cuando las palabras no son suficientes. Fundamentos de la Danza Movimiento Terapia (DMT). En *Terapias creativas*. Universidad de Salamanca.
- Panhofer, H. (2005). *El cuerpo en Psicoterapia: Teoría y Práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.
- Paz, O. (1950). *Laberinto de la Soledad*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Pereda, N. G.-P. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(2), 131-139.
- Planella, J. (Noviembre de 2006). *Corpografías: dar la palabra al cuerpo*. Recuperado el 14 de Agosto de 2014, de Revista de interacciones entre artes, ciencias y tecnologías.:
<http://www.uoc.edu/artnodes/6/dt/esp/planella.pdf>
- Population Reference Bureau. (s.f.). Recuperado el 2 de Octubre de 2014, de
<http://www.prb.org/Publications/Datasheets/2012/world-population-data-sheet.aspx>
- Reyes, R. (2012). Las muertas de Juárez: producir arte desde el trauma social. *Intersticios de la política y la cultura. Intervenciones Latinoamericanas.*, 1(2). Recuperado el 20 de Agosto de 2014, de <http://revistas.unc.edu.ar/index.php/intersticios/article/view/5375/5819>
- Röhrich, F. (14 de Julio de 2009). Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical reserach and evidence-based practice: A clinical perspective. *Body, movement and dance in psychotherapy: An international journal for theory, research and practice.*, 4(2), 135-156. Recuperado el 28 de Octubre de 2014, de
http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17432970902857263#.VFe0Q_mG-ZM
- Royo, R. (14,15 de Julio de 2011). El cuerpo como escenario. Abuso sexual en la infancia-adolescencia y su repercusión en la vida adulta. *Taula: Situacions i fortaleses extremes. Jornades Dones del Món. Salut física i mental de les dones. Centre de Cultura de Dones Francesca Bonnemaison*. Barcelona, España.
- Ruiz, R. (27 de Julio de 2002). Violencia intrafamiliar, problema grave en el país. *La Jornada*. Recuperado el 08 de Noviembre de 2014, de
<http://www.jornada.unam.mx/2002/07/27/040n1soc.php?origen=soc-jus.html>
- Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil. Departame de Justicia. (s.f.). *Generalitat de Catalunya*. Recuperado el 1 de Octubre de 2014, de

http://administraciojusticia.gencat.cat/web/.content/documents/arxiu/programa_mar_c_oavd.pdf

Sierra, S. (Enero-Abril de 2010). Reseña de "Trama d una injusticia. Femicidio sexual sistémico en Ciudad Juárez" de Julia Estela Monarréz Fragoso. *Región y Sociedad*, XXII(47), 201-206.

Síndic de Greuges de Catalunya. (2006). Recuperado el Agosto de 2014, de http://www.sindic.cat/site/files/156/protocol_cast.pdf

Truong, A. B. (3 de Enero de 2015). Laban descriptors for gesture recognition and emotional analysis. *The visual computer*. Recuperado el 13 de Enero de 2015, de http://download.springer.com.are.uab.cat/static/pdf/594/art%253A10.1007%252Fs00371-014-1057-8.pdf?auth66=1421179228_b86c6112d76470884539e36689e3690b&ext=.pdf

Valcárcel, A. (17 de Septiembre de 2012). Salud y Poder. Madrid, Madrid, España.

Villar, C. (2011). *Estudio de la investigación en danza movimiento terapia*. Meubook.

Wengrovwer, H. C. (2008). *La vida es danza. El arte y la ciencia d ela Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.

Wikipedia. (s.f.). *Wikipedia. La enciclopedia libre*. Recuperado el 11 de Octubre de 2014, de <http://es.wikipedia.org/wiki/Coltan>

Young, J. (7 de Noviembre de 2012). Bringing my body into my body of knowledge as a dance/movement therapy educator. *American Journal of Dance Therapy*, 34(2), 141-158. Recuperado el 15 de Enero de 2015, de http://download.springer.com.are.uab.cat/static/pdf/104/art%253A10.1007%252Fs10465-012-9137-7.pdf?auth66=1421336682_05b1b0401fc589e1184cf38006919064&ext=.pdf

8. Anexos

8.1 Anexo 1

Cuestionario. Serveis Socials.

1. ¿Cuál es el procedimiento a seguir en la atención a personas que manifiestan haber sufrido abuso sexual? (Protocolo de actuación).
2. ¿Qué perfiles profesionales están involucrados en el procedimiento, y cuáles en la atención de la víctima?
3. ¿Cuáles son las principales fuentes por las que llegan las víctimas de abuso sexual? (Profesionales, escuelas, familiares, etc.).
4. Cómo se capta a aquella población que no va por sí misma a los servicios sociales.
5. ¿Qué porcentaje ocupa la atención a abusos sexuales en relación a los servicios sociales? Y qué porcentaje de gasto implica dicha atención?
6. En éste distrito (señalar la zona),
 - ❖ ¿Qué porcentaje de la población está afectada por algún tipo de abuso sexual?
 - ❖ ¿Cuál es el porcentaje respecto al género (Hombre-mujer)?
 - ❖ ¿Cuáles son las edades de dicho porcentaje (niños, adolescentes, adultos, adultos mayores)?
7. ¿Qué población se caracteriza por ser mayormente riesgosa; la inmigrante, la nativa, ambas?
8. ¿Con qué instancias especializadas se cuenta para canalizar la atención de dichas personas?
9. ¿Cómo se gestiona la canalización? (Pasos a seguir, requisitos básicos por parte de la afectada, documentación).
10. En el sistema de atención de los servicios sociales, cuáles son las dificultades y retos más presentes.

11. Además de la canalización a recibir atención psicológica, ¿existe alguna atención especializada relacionada con la rehabilitación a nivel corporal? (Es decir, opciones de terapias corporales para el restablecimiento emocional).

8.2 Anexo 2

Figura No. 1

Caso No. 1



8.3 Anexo 3

Figura No. 2

Caso No. 2



8.4 Anexo 4

Figura No. 3

Caso No. 3



8.5 Anexo 5

Figura No. 4

Caso No. 5



8.6 Anexo 6

Figura No. 5

Caso No. 5



8.7 Presentación defensa de tesina

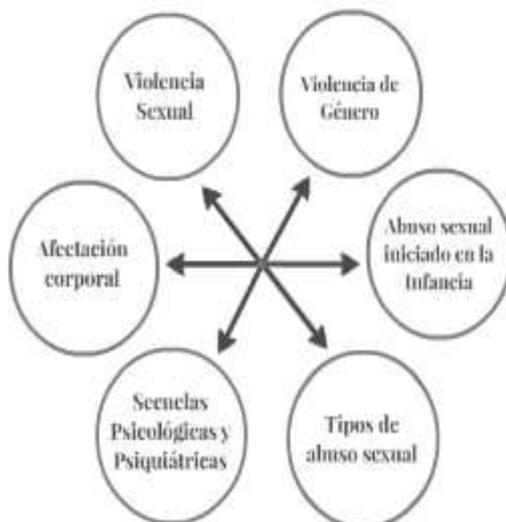
Claudia Cortés Salinas

Danza Movimiento Terapia y Abuso Sexual

Universidad Autónoma de Barcelona

Viernes, Diciembre 12, 2014

Violencia



Elección de la temática

- Tipo de población con la que se ha experimentado la DMT
- Exponer las aportaciones de la DMT en personas que han sufrido abusos sexuales.
- Conocer el protocolo de actuación en Barcelona
- Generar reflexión que invite a la actuación

Catalunya

Instancias y órganos de actuación

SGR: Centro de Servicio Social Básico de l'Institut Municipal de Serveis Socials

FMDS: Fòrum d'Intervenció i Atenció a les Dones

DMT: Oficina d'atenció a la víctima del delicte

DDAA: Oficina general d'atenció a la víctima / Serveis d'atenció

EASA: Equip d'atenció a la víctima / Intervenció

SANJA: Servei d'atenció, intervenció i acompanyament

El treball per a la víctima es realitza en col·laboració amb la policia municipal

La Danza Movimiento Terapia en mujeres que han sufrido abuso sexual

"El lenguaje debe actuar en el Asunto del Poder del cuerpo, aprendiendo de una forma abstracta de pensar que el paciente puede alcanzar de acuerdo con sus posibilidades. Fomentando la capacidad de acceder a una única emoción basada en su historia" (Carolina, 2013)

Experiencia en la práctica clínica

Se trabaja con aproximaciones de abuso sexual inducido en la infancia y adolescencia

Exposición de la sintomatología, seguida a nivel corporal durante el proceso terapéutico.



Elección de la temática

- Tipo de población con la que se ha experimentado la DMT
- Exponer las aportaciones de la DMT en personas que han sufrido abusos sexuales
- Conocer el protocolo de actuación en Barcelona
- Generar reflexión que invite a la actuación

Violencia



Catalunya

Instancias y órganos de actuación

SSB: Centres de Serveis Socials Bàsics, de l'Institut Municipal de Serveis Socials.

PIAD's: Punt d'informació i atenció a les dones.

OAV: Oficina d'atenció a la víctima del delicte.

DGAIA: Direcció general d'atenció a la infància i l'adolescència.

EAIA: Equips d'atenció a la infància i l'adolescència.

SARA: Servei d'atenció, recuperació i acollida.

“

El código penal contiene 17 artículos
relacionados a la violencia sexual

”

La Danza Movimiento Terapia en mujeres que han sufrido abuso sexual

"El terapeuta debe acercarse a focos distintos del trauma, abordándolo de una forma indirecta de manera que el paciente pueda elaborarlo de acuerdo con sus posibilidades, fomentando la capacidad de acceder a una resignificación distinta de su historia" (Córdoba, 2013).

Experiencia en la práctica clínica

5 mujeres con antecedentes de abuso sexual iniciado en la infancia o adolescencia.

Exposición de la sintomatología, secuelas a nivel corporal durante el proceso terapéutico.



9. Agradecimientos

Fundación Vicki Bernadet

Institut per a la Promoció Social i de la Salt

Dra. Marisa Fernández Pérez

Imma Suñer Fabrellas

Treballadora Social

Centre Serveis Socials Cotxeres de Sants

Institut Municipal de Serveis Socials

Àrea Qualitat de Vida, Igualtat i Esports

Ajuntament de Barcelona

Judit Ayala Montserrat

Treballadora Social

Centre Serveis Socials Porta- Vilapicina i Torre Llobeta

Institut Municipal de Serveis Socials

Àrea Qualitat de Vida, Igualtat i Esports

Ajuntament de Barcelona

M. Martina Llamas Marín

Treballadora Social

Centre Serveis Socials Besòs

Institut Municipal de Serveis Socials

Àrea Qualitat de Vida, Igualtat i Esports

Ajuntament de Barcelona

Jaume Prats

Director

Centre Serveis Socials Les Corts-Zona Este

Institut Municipal de Serveis Socials

PIAD-Les Corts