

TRATAMIENTO GRUPAL: ADULTAS Y
ADOLESCENTES SOBREVIVIENTES
DE INCESTO Y ABUSO SEXUAL

347.066

B319t

Batres Méndez, Gioconda

Tratamiento grupal: Adultas y adolescentes sobrevivientes de incesto y abuso sexual. Manual para terapeutas. / Gioconda Batres Méndez. - 2. ed., rev., aum. - San José, Costa Rica : (LANUD. Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica, 1998.

p. 146.

ISBN- 9977-25-104-5

I. VIOLENCIA DOMESTICA. II. INCESTO. III. ABUSO SEXUAL. IV. TERAPIA. V. MUJERES. VI. ADOLESCENTES.

Diseño gráfico, arte final e impresión: Editorial Eidos

Edición: Patricia Blanco Picado

Corrección de estilo: Mauricio Meléndez

INDICE

PREFACIO	
PRESENTACIÓN	
MARCO TEÓRICO	
- Hacia una definición del incesto	
- Grupo de apoyo estructurado de corto plazo	
- Características deseables en una terapeuta	
- Número de terapeutas	
- Duración del proceso	
- Contenido de las sesiones	
- Perfil de las integrantes del grupo de apoyo	
- Las etapas de recuperación	
Metodología	
SESIÓN N° 1: Presentación, estructura y reglas	
Establecimiento de una alianza terapéutica.....	
Hoja de apoyo. Reglas del grupo	
SESIÓN N° 2: Estableciendo la confianza y un sistema de apoyo	
Hoja de apoyo. Confianza	
Hoja de apoyo. Estableciendo un sistema de apoyo	
SESIÓN N° 3: Tratando con las crisis y los sentimientos de suicidio, aprendiendo	
a cuidar de sí misma	
Hoja de apoyo. Peligro de suicidio	
Contrato de no suicidio	
Cuidar de sí misma	
Hoja de apoyo. Cuidar de sí misma	
SESIÓN N° 4: Autoestima y autoimagen	
Hoja de apoyo. Autoimagen	
Hoja de apoyo. Celebrando los logros	
SESIÓN N° 5: Los mensajes que recibimos en nuestra infancia.	
El control y el poder	
Hoja de apoyo. Mensajes "Decir No"	
SESIÓN N° 6: Mitos y realidades del incesto y del abuso sexual.....	
Hoja de apoyo. Mitos y realidades del incesto	
SESIÓN N° 7: Los efectos del incesto	
Hoja de apoyo. Conductas autodestructivas	
Hoja de apoyo. Como estoy	
SESIÓN N° 8 Y N° 9: Recordando, rompiendo el silencio, la culpa y la vergüenza	
Hoja de apoyo. Rompiendo el silencio	
Hoja de apoyo. Recordando	
Hoja de apoyo. Identificando la culpa y reemplazándola	
con la realidad	
Hoja de apoyo. Buscando a la niña.	
SESIÓN N° 10: La ira: aprendiendo de ella	
Hoja de apoyo. Carta al abusador	

SESIÓN N° 11: Los sentimientos. Aprendiendo a estar presentes	
Hoja de apoyo. Para estar presente	
Hoja de apoyo. Sentimientos Congelados	
Hoja de apoyo. Tristeza.....	
SESIÓN N° 12: Intimidad y relaciones	
Hoja de apoyo. Intimidad y relaciones	
SESIÓN N° 13: La sexualidad... ..	
Hoja de apoyo. Sensualidad	
Hoja de apoyo. Sexualidad	
SESIÓN N° 14: Cambio y asertividad. Orgullosa de sí misma	
Hoja de apoyo. Orgullosa de sí misma	
SESIÓN N° 15 : Despidiéndose, Graduación y evaluación	
Hoja de apoyo. Despidiéndose	

ANEXO

Adolescentes víctimas de incesto y abuso sexual	
SESIÓN N° 16: Mi cuerpo cambia, me pertenece y lo respeto	
SESIÓN N° 17: Novios. Relaciones constructivas	
SESIÓN N° 18: Amigos (as)	
SESIÓN N° 19: El colegio: ¿ Qué nos pasa ?	
BIBLIOGRAFÍA	

PREFACIO

En relación con la violencia contra las mujeres en Costa Rica, Honduras y Nicaragua se han realizado avances en los aspectos organizativos, legislativos, apertura de servicios de atención directa a mujeres víctimas de la violencia y campañas de sensibilización.

Al iniciar su ejecución, el Programa Mujeres Adolescentes de la Unión Europea identificó, a través de los organismos públicos y de la sociedad civil que atiende esta problemática, la necesidad de capacitación especializada para el personal que atiende a estas jóvenes en los servicios existentes.

Esta demanda fue coincidente en el tiempo con la publicación del libro "Del Ultraje a la Esperanza. Tratamiento de las secuelas del incesto", de la Dra. Gioconda Batres, estableciendo una coordinación con el Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente (ILANUD) para llevar a cabo el proyecto, cuyo objetivo es brindar capacitación para la atención a mujeres sobrevivientes de la violencia sexual, adolescentes y adultas, a través de una pasantía.

El material que presentamos es un importante y valiente aporte al tratamiento de un drama cotidiano en nuestros países. Doloroso, de difícil abordaje y solución para ambas -sobreviviente y terapeuta-, cuyos aspectos técnicos han sido poco trabajados en la formación como terapeutas.

Su uso está destinado, en un primer nivel, a las (os) profesionales que cursan la pasantía sobre el tema, para la posterior reproducción de los contenidos al personal de sus equipos de trabajos en las respectivas instituciones, compromiso asumido por las (os) participantes al inscribirse, ya que no es posible incluir a todas (os) por razones didácticas.

Agradecemos a la Dra. Batres y al equipo del Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica del ILANUD, la dedicación y empeño con que han trabajado.

Estamos convencidas de que para las personas que lo lleguen a conocer, estudiar y aplicar en su práctica terapéutica, les será de mucha utilidad para brindar una atención más efectiva a las sobrevivientes mujeres.

Clara Ballesteros

Rosamaría Sánchez

Codirectoras
Programa Mujeres Adolescentes. ALA 92/46
Unión Europea Costa Rica - Honduras - Nicaragua

PRESENTACIÓN

Posteriormente a la edición de este manual, escribí el libro "Del ultraje a la esperanza. Tratamiento de las secuelas del incesto", publicado en 1997 por el Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica, del Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente (ILANUD), con el apoyo financiero de la Embajada Real de los Países Bajos para Centroamérica.

Este libro amplía y enriquece la teoría y la práctica clínica de la terapia grupal con víctimas de incesto y abuso sexual. Por lo tanto, sería conveniente que quienes vayan a poner en práctica este instructivo conozcan dicho libro, cuya lectura puede ser de gran valor para ampliar la comprensión del proceso terapéutico con víctimas de incesto.

A esta segunda edición agregué un anexo acerca de la terapia con adolescentes, que como lo explico en él, tiene sus especificidades. He construido algunas sesiones en relación con las áreas adicionadas, intentando guardar la unidad metodológica que tiene el manual en su primera edición.

El tratamiento que propongo ha sido ampliamente validado por otros terapeutas, especialmente en Norteamérica, y por mí con excelentes resultados.

Pero siempre es importante recrear lo escrito por alguien, enriquecerlo con la experiencia personal y las particularidades de cada ser humano y cada país centroamericano.

Si quienes utilicen este texto así lo hicieran, me sentiría honrada, y las víctimas del incesto, el abuso sexual, ganarían asistiendo a terapias cada vez más efectivas y especializadas.

Esta segunda edición nace ante los requerimientos de terapeutas centroamericanas, que históricamente empiezan a reconocer la necesidad de saber más sobre esta particularidad que exige el tratamiento del incesto. Su publicación fue posible gracias al apoyo financiero del Programa Mujeres Adolescentes de la Unión Europea, con sede en Costa Rica, y cuyas directoras, Rosamaría Sánchez y Clara Ballesteros, han tenido la visión de responder a las necesidades académicas de quienes tienen en sus manos la atención clínica de tantas adolescentes heridas por los abusos sexuales en América Central.

Este es un esfuerzo conjunto entre el Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica del ILANUD, el Programa Mujeres Adolescentes de la Unión Europea y la autora, que sumamos fraternalmente nuestras voluntades, conocimientos y apoyo financiero, para hacer realidad este proyecto.

Dra. Gioconda Batres Méndez
Directora Programa Regional de
Capacitación contra la Violencia Doméstica, del ILANUD

A Sara, mi abuela. A Dorila, mi madre,
y a "Chichí"; mi tía: pilares de mi existencia

MARCO TEÓRICO

Algunas corrientes de pensamiento en psiquiatría tienen la virtud de haber incluido en su análisis de la enfermedad mental y del ejercicio de la práctica psiquiátrica numerosas categorías socioculturales, defendiendo que los disturbios emocionales no son de origen individual e intrasíquico sino que obedecen a normas que rigen la sociedad (Forti, 1982).

Una de estas corrientes de pensamiento ha sido la llamada antisiquiatría y contó con influyentes pensadores que denunciaron que la psiquiatría institucional está constituida por una ética semirreligiosa, pseudo-científica y reforzante de la moral de la sociedad; (Forti, 1982). Y que ha pretendido ser una práctica neutral cuando por el contrario es una práctica que juzga y condena a los seres humanos. La psiquiatría así concebida y practicada, constituye para los antisiquiatras un ejercicio de los grupos hegemónicos de poder.

La teoría basada en los principios género-sensitivos avanza más allá de este planteamiento incluyendo como variable de análisis en la génesis de los problemas del ser humano, el género. Así como la clase, la raza, la etnia y la edad, el género constituye otra fuente de opresión que determina la posición de las mujeres y los hombres dentro de la familia y en la sociedad. La familia es propuesta como un "lugar en el que se produce la psicología interiorizada de la feminidad y en donde se legitima la explotación social y económica de la mujer" (Mitchell, 1982, p.13).

Ha denunciado al psicoanálisis como práctica y teoría patriarcal y por ende sexista. Existen sin embargo psicoanalistas con perspectiva de género que defienden que el psicoanálisis ha aportado conceptos valiosos y es un sistema de pensamientos que por haberse desarrollado en otro contexto cultural cuenta con deficiencias, pero que proporciona conceptos fundamentales para entender cómo funciona la psicología humana y comprender el significado de la sexualidad (Mitchell, 1982). Sin embargo, la forma en que Freud vio el incesto argumentando que este es una fantasía infantil (Watts, Courtois, 1981) ha tenido nefastas repercusiones en los enfoques y abordajes teóricos y clínicos del problema. Otras autoras como Herman y Rush, han escrito también sobre esta traición de Freud a las víctimas y sobrevivientes de incesto.

Freud en las etapas tempranas de su carrera creyó en sus pacientes femeninas cuando consistentemente le reportaban experiencias sexuales infantiles abusivas en donde sus padres eran los principales victimarios. La mención de esta perspectiva la hizo pública en 1896, para reasignar luego el abuso a fantasías femeninas, conceptos que publicó en 1933 (Rush, 1980).

Con la adopción del Complejo de Edipo como teoría, Freud incriminó a las hijas y reivindicó a los padres. Sus teorías han permitido el encubrimiento doloroso de la explotación sexual femenina.

La polémica ha proporcionado como conclusión una clara disposición a rechazar la psicoterapia tradicional por sexista y, por lo tanto, al servicio del control social y del mantenimiento de la desigualdad entre hombres y mujeres. Denuncia que, al no tomar en cuenta los asuntos de poder y de género y la socialización diferenciada por sexo, se constituye en una acción que en vez de ayudar a las mujeres, las debilita y "ajusta" a los estereotipos asignados por la cultura (Batres, 1987). Y refuta, además, la propuesta terapéutica tradicional en la que las soluciones son individuales e intrasíquicas que dejan por fuera el carácter social de los problemas de las mujeres.

La teoría con orientación género-sensitiva hace énfasis también en que más allá de las técnicas, lo importante es su filosofía (Burgos, Sharratt, Trejos, 1988).

Esta terapia propone los principios que a continuación se anotan (Henderson, 1990) y que vienen a enriquecer los postulados teóricos del quehacer terapéutico.

1. Todas las mujeres, los hombres, los niños y niñas han sido y son afectados en forma adversa en una gran cantidad de formas por la estructura sociocultural sexista.
2. Una meta general de la terapia es incrementar las oportunidades para el crecimiento individual y colectivo y eliminar el sexismo y su impacto negativo.
3. Los factores socioculturales son la fuente de muchas perturbaciones emocionales.
4. Se deben examinar en terapia las contradicciones inherentes al intento individual para resolver conflictos mientras se vive en un ambiente social que enseña los usos inapropiados del poder y limita el acceso a los recursos basándose en el género.
5. Analizar los roles sexuales tradicionales y los arreglos de poder en las relaciones.
6. Apoyar el conocimiento de la propia experiencia de opresión, lo que resulta esencial en el proceso de cambio.

Sabemos que los problemas de las mujeres tienen que ver fundamentalmente con factores socioculturales, y un gran número de sus aflicciones tienen que ver mucho con el hecho de ser mujer, ciudadana de segunda categoría y sometida a la violencia en forma ancestral (Batres, 1987).

Los modelos tradicionales de terapia que centran en lo intrasíquico su trabajo, excluyen los factores sociales y de género. Muchos de los síntomas psicológicos de las mujeres son intrínsecos a la condición de subordinación que caracterizan los roles tradicionales femeninos. (Batres, 1987). La adquisición de género ha significado para la mujer el aprendizaje social de las normas que le informan sobre lo que está obligada a seguir y de lo prohibido; esta imposición genérica es de por sí violenta.

HACIA UNA DEFINICIÓN DEL INCESTO

A los ojos de la ley y de los profesionales en salud mental, incesto ha significado la actividad sexual entre una niña o niño y sus padres, hermanos, primos, abuelos o tíos. Sin embargo, a la luz de la experiencia de las víctimas, incesto significa otra cosa.

El trabajo con ellas ha permitido la construcción de una definición de incesto que toma en consideración, fundamentalmente, la "violación del lazo de confianza entre una niña o niño y quien los cuida, más que la relación consanguínea" (Herman 1981, Blume, 1990).

El incesto es un crimen y constituye un abuso en una relación de poder. Es la traición de la confianza lo que más daña al niño o a la niña. Desde este abordaje, el perpetrador puede ser un padre, padrastro, madre, abuelo, doctor, sacerdote, ministro, vecino muy cercano, o amigo de la familia (Blume, 1990, Herman, 1981, Batres, Claramunt, 1987).

En el incesto la persona adulta, que tiene más poder, toma ventaja sobre una niña o un niño que tiene menos poder. Esa persona es generalmente alguien en quien confía y de quien depende. La niña o el niño no tiene opción, no puede elegir, por lo tanto en esta circunstancia no existe el consenso. Y no solo es violado su cuerpo, sino también su confianza, su amor y sus límites psicológicos (Buttler, 1985, Herman, 1981).

Actualmente la demografía del incesto nos indica que la mayoría de los perpetradores son hombres y sus víctimas niñas (Herman, 1981, Finkelhor, 1988, Russell, 1986) y que en el 60% de los casos estos hombres son los padres y padrastros de las niñas (Batres, Claramunt, 1987).

El desconocimiento sobre esta asimetría en la ocurrencia del incesto es frecuente y el secreto que la ciencia y la cultura han mantenido sobre el tema ha desprotegido a las víctimas (Rush, 1989) y protegido a los ofensores para que continúen sus conductas abusivas con toda la impunidad que esta conspiración silenciosa ha permitido (SgROI, 1982).

El desarrollo cognoscitivo, emocional y la percepción del mundo es dañada por la experiencia incestuosa. Aspectos como vínculos, confianza, autoestima, identidad y sexualidad serán afectados por el crimen del incesto (Herman, 1981, Finkelhor, 1988, Blume 1990).

Entiendo por incesto (Batres, Claramunt, 1987, pp. 43-44) :

- a.- Cualquier acto con cariz sexual entre un adulto o adulta en posición de autoridad y una niña o niño en posición de dependencia. El adulto o adulta puede ser un miembro de la familia o una persona que tiene la responsabilidad del cuidado y la seguridad del niño o niña.
- b.- Cualquier acto con cariz sexual que la persona adulta obligue al niño o a la niña a mantenerlo en secreto.
- c.- Cualquier contacto sexual que puede ser directo, pero que no involucra necesariamente la penetración.
- d.- Cualquier contacto sexual indirecto. La violación sexual puede ocurrir sin contacto físico, como sucede al obligar a un niño o niña a desvestirse para la satisfacción sexual del adulto o de la adulta.

- e. Cualquier contacto sexual directo o indirecto en el cual el niño o la niña no son capaces de consentir, debido a su corta edad o por las diferencias de poder y la naturaleza de la relación con el adulto o adulta.

El incesto afecta los principios básicos del desarrollo humano; según Blume, se dañan las siguientes necesidades humanas básicas (Blume, 1990, pp. 1-20) :*

AMOR: Las niñas al ser víctimas de abuso son dañadas en esta necesidad. Con frecuencia, la persecución del amor se convierte en una búsqueda frenética que dura toda la vida.

VALIDACIÓN: Se refiere al apoyo y reforzamiento que le demos a los sentimientos de las niñas, a sus percepciones, sus ideas, su propio ser y su derecho a ser quienes son. Al negarle esta validación y al ignorar, como lo ignora, el abuso, las necesidades de las víctimas, ellas aprenden que lo que necesitan es de tan poca importancia que se sienten desvalorizadas e incluso sienten que podrían morir.

DOMINIO: En su desarrollo normal, las niñas desarrollan un sentido del dominio y control cuando actúan sobre el exterior y en ese exterior algo cambia. Cuando piden que algo no siga y esto se detiene, las víctimas de incesto aprenden, por el contrario, que no tienen poder; no importa lo que hagan, no se les escucha, el abuso sigue. Ellas aprenden que no tienen control sobre sus vidas.

ACEPTACIÓN INCONDICIONAL: Las niñas deben ser amadas solo por ser, por existir, deben esperar ser queridas aunque no sean perfectas. Las víctimas de incesto aprenden que no son amadas por sí mismas sino porque sirven a otra persona.

AMOR NO POSESIVO: Las niñas merecen ser queridas libremente, no como una propiedad. En el incesto las víctimas son una posesión; aprenden a igualar amor con deudas.

EGO E INTEGRIDAD CORPORAL: Las niñas deben aprender a discriminarse, a saber en dónde terminan ellas física y psicológicamente y dónde empiezan otras personas. Deben aprender a establecer límites. El incesto destruye este aprendizaje. Las víctimas no existen como seres separados ya que son consideradas como propiedades sujetas a toda clase de violaciones.

Cuando las víctimas de incesto llegan a su edad adulta, las llamo SOBREVIVIENTES. ¿Por qué? Porque a pesar de este horror, de esta experiencia, de esta violencia, ellas están hoy aquí vivas, con la fuerza de aquellas que experimentaron una catástrofe, una tortura, una guerra y resistieron. El concepto "víctima/sobreviviente" describe la paradoja de quienes al ser tan dañadas desarrollan una gran fuerza de vida (Courtois, 1988).

Ahora ellas pueden usar toda la fuerza que necesitaron en su sobrevivencia para romper con el silencio, con la culpa y con la vergüenza. Ellas pueden buscar ayuda para rechazar el dolor de ayer, transformar el enojo y tener una calidad de vida como se merecen.

GRUPO DE APOYO ESTRUCTURADO DE CORTO PLAZO

El esquema de tratamiento que he diseñado y presento en este manual, lo he denominado "Grupo de Apoyo Estructurado de Corto Plazo" y puede ser desarrollado en 15 sesiones o en más, si el grupo así lo requiere.

Este modelo de tratamiento está basado en mi experiencia y en diferentes experiencias norteamericanas y es una modalidad relativamente nueva de tratamiento (Courtois, 1988, Herman, 1984). El reciente conocimiento del impacto del abuso sexual infantil y sus consecuencias destructivas han sido de vital importancia en el desarrollo de este modelo.

Aunque se trata de un grupo de corta duración, toca procesos importantes, tales como seguridad, culpa, secuelas, poder, mecanismos de sobrevivencia, relaciones personales y sexualidad. Hace énfasis en la importancia de la reestructuración cognoscitiva de los mensajes que el incesto dejó y el reencontrar los sentimientos que el abuso hizo experimentar a la sobreviviente (Courtois, 1988). Se proporciona a las sobrevivientes información que ellas no tuvieron en áreas como sexualidad y realidades sobre la ocurrencia del incesto (Courtois, 1988, Bass y Davis, 1988).

Numerosas estrategias y técnicas extraídas de otras corrientes teóricas pueden ser utilizadas para la consecución de los objetivos de la terapia. Los utilizados en este manual recogen algunas técnicas descritas en la literatura (Bass, Davis, 1988, Gil, 1988, Courtois, 1988, Davis, 1990) y han sido enriquecidas con las observaciones de las sobrevivientes en el curso de sus terapias.

Los principios terapéuticos básicos de este esquema de tratamiento son similares a los de los grupos de apoyo feminista. Estos principios son:

- a. El estímulo.
- b. El apoyo mutuo.
- c. La educación.
- d. La socialización de la experiencia con otras víctimas con historias similares.
- e. La ruptura del secreto.
- f. La interacción.
- g. La retroalimentación.
- h. Proporcionar un ambiente estructurado que brinde seguridad y confianza.
- i. El desarrollo de estrategias de vida no destructivas.
- j. La construcción de un sistema fuerte de autoayuda.
- k. El empoderamiento.
- l. La solidaridad con otras sobrevivientes.

Este modelo de intervención que presento está basado en el apoyo y en el respeto por las víctimas y la credibilidad de su experiencia. Pero sobre todo, la recuperación de las sobrevivientes, como dice J. Herman, en su libro *Trauma y Recuperación*, "...se basa en el fortalecimiento del poder de la sobreviviente y en la creación de nuevas conexiones... Ella debe ser la autora y el árbitro de su propia recuperación". (Herman, 1992, pág 133).

CARACTERÍSTICAS DESEABLES EN UNA TERAPEUTA

Dirigir un grupo es tarea difícil y mucho más si es de sobrevivientes de incesto. Es indispensable que el/la terapeuta tenga información clara y sin estereotipos de la dinámica del incesto y los dilemas de sus protagonistas.

Algunos criterios que deben estar presentes en el perfil profesional de quien conduce un grupo de sobrevivientes víctimas de abuso en su infancia son los siguientes (Henderson, 1990) :

1. Entrenamiento en la perspectiva de género.
2. Haber trabajado el tema del poder.
3. Saber lidiar con su propio dolor.
4. Saber los límites y reglas que protegen a las sobrevivientes durante la relación grupal.
5. Aceptación de que el incesto y el abuso sexual contra las niñas y los niños es un crimen.
6. Que la terapia de familia o de pareja no es un enfoque apropiado en esta fase del proceso de apoyo.
7. Reconocer la validez del trabajo en grupo.
8. Sentirse cómodas al tratar aspectos de la socialización y discriminación.
9. Aceptar que sus valores y normas pueden ser comunicados a la clienta. Por lo tanto, tiene la responsabilidad de explorar sus valores y reconocerse como persona socializada en un mundo sexista y cuya transformación es indispensable.
10. Deben ser sensibles a la discriminación experimentada por los niños (as), las ancianas (os), los (as) pobres, las discapacitadas (os), los grupos raciales y por quienes tienen orientaciones sexuales diferentes.
11. Este proceso de consejería debe estar basado en un compromiso por la igualdad entre mujeres y hombres y una relación igualitaria entre terapeuta y cliente (a).
12. Debe estar dispuesta a adquirir el compromiso personal y profesional de luchar por el cambio de la sociedad.

NÚMERO DE TERAPEUTAS

Los grupos pueden ser facilitados por una persona. Sin embargo, si los recursos humanos lo permiten, lo ideal es que por cada grupo haya dos. En caso de que un terapeuta sea hombre, el otro debe ser mujer. Esto porque la mayoría de las sobrevivientes han sido victimizadas por hombres y se sienten más cómodas para explorar sus sentimientos respecto al abusador en presencia de una mujer. No obstante, también tiene sus ventajas la participación de un terapeuta hombre, ya que proporciona un modelo masculino no abusivo, apoyante y afectuoso (Gil, 1988).

Las ventajas de que participen dos terapeutas son las siguientes (dos mujeres o un hombre y una mujer) :

1. En un grupo de esta clase, la cantidad de dolor que se maneja es abrumador. Esta sobrecarga emocional puede entonces ser compartida.
2. Si un terapeuta debe ausentarse temporalmente, el grupo no se detiene.
3. Los terapeutas se beneficiarían mucho del trabajo en equipo y discusión conjunta del proceso.

DURACIÓN DEL PROCESO

El tratamiento de las sobrevivientes del incesto varía en su intensidad y duración según las necesidades de estas. Para algunas sobrevivientes, es suficiente el recibir seguridad, apoyo e información a corto plazo (Courtois, 1988). Para otras, es necesario un tratamiento reconstructivo de largo plazo.

Aunque no existen recetas mágicas para el tratamiento del incesto, en mi experiencia, estos grupos de corto plazo, con una estructura definida y un tiempo delimitado, proporcionan a las sobrevivientes un apoyo terapéutico con el cual se sentirán menos ansiosas. Las personas que han sido víctimas de abuso sexual en su infancia necesitan inicialmente compromisos de corto plazo con guías que las conduzcan en medio del caos que generalmente han vivido sus vidas. Al experimentar el beneficio de estos grupos a corto plazo, se sienten hasta entonces mejor preparadas para iniciar un grupo de largo plazo o sesiones individuales.

Estos grupos de corto plazo pretenden también ser un método viable para los profesionales que atienden sobrevivientes y que hasta el momento no contaban con guía alguna.

CONTENIDO DE LAS SESIONES

Al ir en aumento el conocimiento de la ocurrencia del incesto se ha dado énfasis al desarrollo de modelos de tratamiento como el propuesto, dándose gran relevancia al impacto del trauma que produce la victimización sexual infantil y a sus dinámicas (Mc Cann, 1988, Herman, 1985).

La recuperación de los traumas producidos por el incesto se lleva a cabo en tres etapas. (Herman, 1992). El énfasis principal de la primera etapa está en la tarea de establecer la seguridad. En la segunda etapa la tarea principal será el recuerdo y el duelo. En la tercera etapa lo prioritario es la consecución de la reconexión con la vida y con las relaciones cotidianas (Herman, 1992).

Estos conceptos alrededor de las etapas de la recuperación no seguirán en la práctica terapéutica un desarrollo lineal, pero es importante revisar cuidadosamente su progresión a través del tratamiento.

El contenido de las sesiones de este manual explorará áreas dañadas por el incesto. Se han escogido 14 aspectos que considero prioritarios, pero que no pretenden abarcar exhaustivamente todas las dinámicas de los traumas producidos por el incesto, aunque sí cubren aspectos muy dañados en sus vidas.

Algunas de ellas se recobrarán satisfactoriamente al finalizar este grupo. Otras requerirán de un grupo de mayor duración. Algunas clientas van a requerir simultáneamente ayuda individual. No es excluyente que una clienta reciba terapia individual y asista también al grupo.

Las sesiones versarán sobre los siguientes aspectos:

1. Presentación. Reglas, estructura del grupo. Establecimiento de una alianza terapéutica.
2. Estableciendo la confianza y un sistema de apoyo.
3. Aprendiendo a tratar con las crisis, con los sentimientos de suicidio y a cuidar de sí misma.

4. Autoestima y autoimagen.
5. Los mensajes negativos. Control y poder.
6. Mitos y realidades sobre el incesto.
7. Reconociendo el daño y estableciendo las secuelas.
- 8 y 9. Recordando, rompiendo el silencio y la culpa.
10. La ira: aprendiendo de ella.
11. Los sentimientos. Aprendiendo a estar presentes.
12. Intimidad y relaciones.
13. La sexualidad.
14. Cambio y asertividad. Orgullosa de sí misma.
15. Despidiéndose. Evaluación.

La terapeuta podrá dar más o menos tiempo a cada aspecto y prolongar o acortar el tiempo del trabajo que cada uno de ellos requiera. Debe ser creativa para enriquecer la dinámica y procedimientos y para escuchar lo que las sobrevivientes necesitan. El modelo presentado es solamente una guía y no puede abarcar ni explicitar totalmente la riqueza del encuentro grupal.

PERFIL DE LAS INTEGRANTES DEL GRUPO DE APOYO

La experiencia me ha enseñado que este tipo de grupo de corto plazo es mucho más efectivo con aquellas sobrevivientes que cuenten con las siguientes características :

1. Algún tipo de apoyo familiar o conyugal.
2. Con apoyo o cierta autonomía económica.
3. Sin antecedentes delictivos.
4. Sin adicciones a drogas activas y si las tuviesen que están asistiendo a programas anónimos.
5. Capacidad para hablar sobre el abuso y sobre lo que esperan de un grupo.

He observado que, para aquellas mujeres con las características abajo descritas, este modelo grupal es insuficiente para su recuperación y requerirán de un proceso más largo, ya sea asistiendo a terapia individual o grupal de largo plazo o a otros programas de recuperación.

- 1) Víctimas de múltiples abusos en su infancia y aún lo son adulta y que son extremadamente vulnerables.
- 2) Mujeres que no cuenten con ningún recurso económico.
- 3) Aquellas que tienen grandes dificultades para hablar del abuso.
- 4) Las que son potencialmente homicidas, y
- 5) Mujeres cuyo comportamiento es explosivo o muy agresivo, o que son psicóticas.

LAS ETAPAS DE RECUPERACIÓN

Los síndromes traumáticos son desórdenes complejos que afectan todos los aspectos del comportamiento humano. Dado que la recuperación ocurre por etapas, el tratamiento debe hacerse

por etapas (Herman, 1992, Courtois, 1988), tal como fue expuesto brevemente en este texto, cuando se abordó el contenido de las sesiones.

El tratamiento que propongo en este manual adopta esta tesis de las etapas, propuesta por varios autores; algunos tan antiguos como Janet, quien lo hizo en 1898 para la recuperación de la histeria, y otros actuales como Putman, en 1989, para el desorden de personalidad múltiple, y Herman, en 1992, para los desórdenes traumáticos. (Herman, 1992).

Estas etapas son tres:

1. SEGURIDAD

Las sesiones 1, 2, 3, 4 y 5 se proponen como metas el restablecimiento del control y la seguridad, que representan una de las primeras tareas de la recuperación, así como el establecimiento de una alianza terapéutica (Courtois, 1988). También se estimula la adquisición de control sobre el entorno, el aumento en las destrezas de las sobrevivientes para rodearse de personas seguras y no aislarse, la elaboración de un plan para su protección, autocuidado y desarrollo del propio valor e importancia.

2. RECUERDO Y DUELO

En la segunda etapa la sobreviviente relata la historia del trauma. La alianza entre ella y la terapeuta debe ser fuerte pues se escucharán los horrores del pasado.

Este período debe tener la velocidad e intensidad que la sobreviviente tolere y no debe iniciarse si se están dando otras crisis que le demanden mucha energía.

Además de los hechos, los sentimientos asociados a estos deben también ser reconstruidos.

Las sesiones 6, 7, 8, 9, 10 y 11 involucran el reconocimiento y aceptación de la ocurrencia del incesto, el romper viejos patrones de silencio y secreto. Las defensas que fueron útiles en el pasado deberán ser desmanteladas de manera que las sobrevivientes puedan reconocer lo que les sucedió y trabajen el dolor, la ira, los mitos y hagan el duelo. Este reconocimiento y aceptación toman su tiempo.

Necesitarán explorar sus sentimientos de culpa y vergüenza, determinar las responsabilidades de los adultos involucrados y establecer que no fue su culpa (Courtois, 1988).

3. RECONEXIÓN

Cuando ya se hayan reconciliado con su pasado traumático, las sobrevivientes podrán empezar la tarea de crearse un futuro, desarrollar un nuevo sentido del ser (Herman, 1992) y establecer nuevas relaciones. Las sesiones 12, 13 y 14 están dirigidas a estas metas.

Los aspectos tocados en la primera etapa toman aquí nuevamente importancia y deben ser revisados ya no para asegurar una posición de defensa, sino para establecer nuevas metas y proyectos futuros, aprendiendo del pasado. Ellas podrán caminar con más confianza en el futuro.

METODOLOGÍA

Como he venido argumentando, el abordaje del tratamiento de las sobrevivientes de incesto no resultará exitoso si utilizamos los métodos tradicionales en salud mental. La experiencia incestuosa y los traumas que esta produce no han sido el foco de estos tratamientos terapéuticos, sino hasta muy recientemente. Por el contrario, las secuelas del incesto han sido tratadas en psicoterapia sin haberse reconocido su etiología. Esto ha dado como resultado terapias sin éxito o que causaron en las sobrevivientes mayor daño.

Las estrategias y las técnicas de otras orientaciones teóricas pueden ser utilizadas, pero las filosofías de algunas teorías pueden ser perjudiciales.

Una perspectiva y un modelo género-sensitivo para la terapia de incesto ha demostrado ser la más adecuada (Herman, 1992, Courtois, 1988).

Durante el proceso grupal propuesto en este manual se utilizan distintas técnicas y herramientas terapéuticas con la finalidad de enriquecer, apoyar -y facilitar el proceso. Estas pueden incluir:

I. TÉCNICAS EXPRESIVAS

La utilización del dibujo, la pintura y la música proporciona un modo simbólico de comunicación no verbal, facilita el que surja material inconsciente y propicia la eliminación de las inhibiciones que dejó la imposición del secreto (Mc Cann, 1988).

2. BIBLIOTERAPIA

La información sobre los mitos del incesto y sus realidades, así como lecturas adicionales, corrigen la información distorsionada y refuerzan nuevos sentimientos y conductas en las sobrevivientes.

3. ESCRITURA

Este medio facilita a las sobrevivientes la expresión de sentimientos y pensamientos que no se atreverían a manifestar verbalmente ya que sobre ellas pesó la prohibición de contar su experiencia y la amenaza si la rompían. Hacer cartas, diarios, contestar cuestionarios, además de organizar la experiencia, son medios poderosos de la revelación (Buttler, 1985).

4. TÉCNICAS DE AUTONUTRICIÓN

Ponerlas en contacto con la niña que fueron a través de cartas, cuidados y rituales suele ser una técnica que aún las sobrevivientes más defensivas aceptan y con la cual logran un rápido contacto con su pasado y los sentimientos asociados a él.

Dependerá de la o las facilitadoras la variedad y creatividad que impriman al proceso.

Cada participante llevará un cuaderno o diario en el cual también se incluirán las hojas de apoyo que se han preparado para cada sesión.

Cada grupo avanzará a su propio ritmo y requerirá de distintos énfasis.

Es muy importante explicar a las participantes la estructura y metodología del proceso grupal en la primera sesión.

SESIÓN N° 1 PRESENTACIÓN, ESTRUCTURA Y REGLAS ESTABLECIMIENTO DE UNA ALIANZA TERAPÉUTICA

Para cualquier persona, asistir a un grupo terapéutico por primera vez puede ser una experiencia angustiante. Mucho más para las sobrevivientes que muy poco han hablado del abuso, que se sienten diferentes y en su mayoría se han visto limitadas para tener relaciones íntimas, además, que no han tenido muchas razones para sentir confianza en otras personas.

Generalmente la autoestima de las sobrevivientes es muy baja y albergan muchos temores de ser comparadas y rechazadas (Courtois, 1988). Por lo tanto, esta primera sesión debe proporcionarles una sensación de cuidado y seguridad.

La terapeuta debe comunicarse en forma clara, respetuosa y empática.

Para lograr estos propósitos se recomienda seguir los siguientes pasos:

1. Presentación de las terapeutas y, además, dar todas las referencias necesarias que aclaren quiénes son. Proporcionar sus números telefónicos.
2. Utilizar una dinámica de presentación ; es deseable que participen las terapeutas también.
3. Presentar la estructura del grupo, duración y contenidos.
4. Elaborar conjuntamente las reglas y los límites del grupo, con los que se funcionará durante todo el proceso grupal.
5. Explorar las metas y expectativas que tengan las integrantes del grupo.
6. Establecer horarios, tarifas y forma de pago.

Cuando se explica la metodología y se plantea la escritura como método importante de trabajo, es necesario aclararle a las sobrevivientes que ninguna será evaluada por esto. Muchas tienen temor de ser criticadas por su trabajo y se rehúsan a escribir. Otras no tienen un nivel alto de educación y escriben con dificultad. Hay que darles siempre la oportunidad de comunicarse verbalmente en estos casos, o de traer la tarea asignada en la siguiente sesión.

FINAL DE LA SESIÓN

Es muy importante terminar cada sesión con una frase positiva o un mensaje positivo dado por alguna participante.

REFRIGERIO: Tradicionalmente el brindar alimentos tiene el significado de nutrir, de cuidar. Las sobrevivientes no han sido adecuadamente cuidadas en su infancia. Dar un refrigerio en cada sesión tiene la intención de proporcionar una atmósfera cálida y de nutrición mutua. El momento de hacerlo será una decisión grupal. La experiencia me ha indicado que un pequeño receso a la mitad de la sesión es el mejor momento. Si se hace al final, invariablemente el tiempo de la sesión se prolonga y esto produce problemas a las terapeutas que tienen otros grupos o clientes que atender y rompe la regla que se estableció sobre la duración de la sesión.

Estas rupturas podrían revertirse negativamente en el establecimiento de la seguridad y la confianza en las sobrevivientes.

**HOJA DE APOYO
SESIÓN N° 1**

REGLAS DEL GRUPO

Un buen conjunto de reglas es el siguiente, sin embargo, el grupo puede enriquecer esta lista (Gil, 1988):

- Todas tendrán la oportunidad de hablar.
- Cada participante dirá solo lo que desee sobre el incesto.
- Ninguna participante puede decir o hacer algo que lastime a otra.
- Habrá estricta confidencialidad sobre lo que se hable en el grupo, eso incluye a las parejas de las participantes.
- Las sesiones iniciarán y terminarán a la hora fijada previamente.
- Los pagos se harán de acuerdo con lo fijado.
- La asistencia regular es necesaria para el buen curso del proceso.
- Los límites establecidos serán respetados.

**SESIÓN N° 2:
ESTABLECIENDO LA CONFIANZA Y UN SISTEMA DE APOYO**

Los grupos deben convertirse en lugares seguros para las sobrevivientes. Se deben evitar las confrontaciones hostiles entre ellas y hacia ellas. Es importante para lograr un ambiente de seguridad que las reglas establecidas en la primera sesión se cumplan. Este cumplimiento, sin embargo, debe tomar en cuenta las posibilidades individuales. Al principio la presencia conductora de la terapeuta debe ser más firme. Las sobrevivientes tienden en las primeras sesiones a dispersarse y a hablar de otros temas. Pero siempre hay que tener en cuenta que cada una de ellas se mueve a ritmos distintos.

Inicialmente, entre ellas suelen existir sentimientos de desconfianza. Otras por el contrario exhiben actitudes que indican que tienen una confianza indiscriminada, comportamiento que les ha causado mucho daño en el pasado (Finkelhor y Brown, 1988).

Las primeras sesiones van conformando en ellas la posibilidad de aprender a confiar en sí mismas y en las otras integrantes. Muchas veces, no obstante, he tenido que hacer sesiones individuales cuando percibo que el nivel de desconfianza se mantiene en varias sesiones y he descubierto en esas entrevistas situaciones que no tomé en cuenta. Por ejemplo, en una ocasión dos integrantes eran vecinas y una de ellas se sintió muy amenazada debido a ello. En otro grupo que no avanzaba en este sentido, encontré que se sentían muy atemorizadas por una integrante muy disociada que las hacía sentirse "peor" porque constantemente decía que "se sentía perfecta y todos los problemas los había superado ya".

Ayuda mucho explicarles la forma en que el abuso lastimó su capacidad de confiar en otros y en ellas mismas y cómo de este modo no han podido aprender a escuchar sus intuiciones y sentimientos. El abusador les trastocó sus parámetros y realidades diciéndoles por ejemplo "que eso es lo que todo papá que quiere a sus hijas hace con ellas". Otras veces las llamó locas ante sus

inquietudes, y les dijo que estaban imaginando cosas. Todas estas distorsiones dañaron su capacidad de confiar o de creer en sus intuiciones y sentimientos.

Las sobrevivientes con frecuencia han vivido muy aisladas, tienen pocas amigas y amigos en quienes confiar. Al sentirse distintas o marcadas por el incesto cuando niñas, al sentir mucho miedo de que alguien se diera cuenta de que eran "sucias", se apartaron de las otras niñas y niños a su alrededor.

También el haber sido traicionadas por los adultos en quienes confiaban y quienes debían haberlas cuidado y no dañado, hizo que desarrollaran fuertes sentimientos de desconfianza hacia los otros.

Para sanar es necesario buscar apoyo y contar con una red constituida por personas en quienes se confía y a quienes se puede acudir cuando se necesite ayuda (Bass, Davis, 1988).

Estas personas deben poseer algunas características deseables. Es necesario orientar a las sobrevivientes a identificar estas características para proveerlas de señales que las ayuden a confiar y a evitar el dolor de acercarse a quienes las volverán a traicionar. Estas señales podrán ayudarlas también a evaluar las relaciones que tienen en la actualidad.

Las características de las personas que constituyan una red de apoyo deben ser las siguientes: (Davis, 1990, pág. 49).

- a. Creer en la experiencia de la sobreviviente y no negar el abuso.
- b. No minimizar el dolor que ellas sienten.
- c. No culparlas por el abuso.
- d. No hacerlas sentirse mal consigo mismas ni generarles sentimientos dolorosos o negativos.

**HOJA DE APOYO
SESIÓN N° 2**

CONFIANZA

- ¿Cuándo era niña en quién confiaba?
- ¿Qué le sucedió con esa persona?
- ¿Cómo sabe cuando usted confía en alguien?
- ¿Cómo sabe cuando alguien confía en usted?
- ¿Cómo le ha afectado no confiar o confiar mucho?
- ¿Quién o quiénes traicionaron su confianza?

**HOJA DE APOYO
SESIÓN N° 2
ESTABLECIENDO UN SISTEMA DE APOYO**

Con la finalidad de establecer un fuerte sistema de apoyo se identifican las actitudes positivas y negativas de quienes rodean a las sobrevivientes. Esto las ayudará a acercarse a quienes posean características que no las dañen y a protegerse de quienes no las tengan. Para tales propósitos se ha diseñado el siguiente ejercicio:

2. ESTA SEMANA: _____

4. ESTE MES: _____

-¿Qué sentimientos tuve cuando trabajé en estos temas?

-¿Qué compromisos adquiriré conmigo misma?

Al revisar el cuestionario:

-¿Qué cambios hice de los que me puedo sentir orgullosa?

SESION N° 3: TRATANDO CON LAS CRISIS Y LOS SENTIMIENTOS DE SUICIDIO, APRENDIENDO A CUIDAR DE SI MISMA

Cuando las sobrevivientes están en el proceso de sanar del abuso, inevitablemente, muchos sentimientos que se asociaron a este los sienten otra vez con fuerza. El dolor, el miedo, la culpa y la vergüenza son algunos de ellos. También la desolación, el enojo y el sentimiento de estigma y minusvalía. A veces quieren morir y muchas sobrevivientes intentan suicidarse, o somatizan. En este momento otras se ponen mucho más caóticas, sin mucha energía para enfrentar sus actividades cotidianas y sus relaciones. Es importante contar con la comprensión de la familia, los amigos o el (la) compañero (a), para que apoyen a las sobrevivientes y también las ayuden a tomar conciencia de que tienen muchas fuerzas y de que es hora de usar estos recursos sanos. Quien ha sobrevivido al incesto puede sobrevivir a cualquier cosa. Ha demostrado un gran valor y un gran coraje, el que es necesario valorar como un recurso.

También es importante crear y establecer apoyos exteriores. Todos los seres humanos necesitamos apoyarnos en alguien durante nuestras crisis. Ya las sobrevivientes han aprendido a identificar una red de apoyo en la sesión N°1. Ahora es importante que aprendan a reconocer sus crisis y a utilizar estrategias efectivas para ayudarse cuando se sienten abrumadas o con pánico.

Un objetivo de esta sesión es estimular el que aprendan a buscar ayuda cuando la necesitan, que no deben permanecer a solas cuando están tristes o en pánico, como lo hicieron en el pasado. Que empiecen a aceptar que son importantes, valiosas, fuertes y merecen vivir sin lastimarse o ser lastimadas. Aprender que pueden apoyarse y quererse en compañía de quienes las admiramos y apreciamos.

PELIGRO DE SUICIDIO

Haber sido víctima de abuso sexual en la infancia es una experiencia destructiva, sobrecogedora y estigmatizante. La niña lo experimentó con miedo, dolor, pero también con vergüenza. Se culpó, creyó que ella lo provocó y que algo malo tenía para que le haya pasado eso. Los sentimientos negativos se asocian inevitablemente al concepto que la niña desarrolla de sí misma. Su imagen se construye con dolor, enojo y odio.

Las sobrevivientes pueden experimentar autoaversión o fragmentación, que las conducen a los intentos de suicidio y a conductas autodestructivas. Éste patrón ha sido bien documentado como una secuela grave del incesto (Briere, 1984).

Si alguien se odia o se siente culpable, indignada o avergonzada, no tendrá muchos deseos de vivir ni motivos para amarse. Es probable que intente suicidarse o eliminarse de alguna forma pasiva. Por ello es frecuente que las sobrevivientes hayan intentado muchas veces suicidarse o lo intenten durante las primeras etapas del proceso de apoyo al ponerse en contacto con los sentimientos negativos hacia sí mismas. Hay que dotarlas de elementos de autoayuda para que, en caso de que las ideas suicidas aparezcan, los usen, y estimularlas a comprometerse con el empleo de estos procedimientos (Davis, 1990).

HOJA DE APOYO SESIÓN N° 3 PELIGRO DE SUICIDIO

Haga una lista de números telefónicos de personas a las que puede llamar o buscar si necesita ayuda:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |

Haga una lista de cosas positivas que usted ha hecho durante su vida para calmarse. (No incluya en esta lista drogas, alcohol, ni manejar).

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

CONTRATO DE NO SUICIDIO

Nombre de la persona con quien se hace el contrato: _____

Tiempo del contrato: _____

Cuando quiera suicidarme, si no encuentro a la persona con quien hice el contrato, llamaré a:

NOMBRE

TELÉFONO

1. _____

2. _____

Escriba una carta de apoyo para usted misma, sea cariñosa.

Querida:

Lea esta carta con frecuencia cuando se sienta triste o en crisis

-Haga una lista de las cosas que le dan esperanza y valor

1. ¿Qué sentimientos tuve cuando trabajé en este tema?

2. ¿Qué compromisos adquirí conmigo misma?

3. ¿Qué aprendí?

4. De los cambios que hice, ¿Cuáles me hacen sentirme orgullosa?

CUIDAR DE SI MISMA

Cuidarse a sí misma es algo que las sobrevivientes no han podido aprender. Las niñas víctimas de abuso sexual, lejos de ser cuidadas como lo requerían, por el contrario, fueron explotadas sexualmente, lo que destrozó su infancia (Bass, Davis, 1988).

La creencia de las habilidades para protegerse de daños o pérdidas está muy dañada o puede existir con la peligrosa creencia de que se es invulnerable. Estas ideas surgen de las experiencias tempranas de las sobrevivientes cuando fueron expuestas repetidamente a situaciones dañinas y fuera de su control (Mc Cann, 1988).

Muchas de ellas tuvieron, además, que evitar que su familia se destruyera, guardando silencio sobre el abuso o cuidando las emociones de su perpetrador, quien abusaba de ellas en nombre del "amor" y les pedía no decirlo a nadie (Buttler, 1985). Algunas sí solicitaron ser rescatadas y nadie las escuchó. Hicieran lo que hicieran, el abuso siguió y nadie notó lo que les pasaba. Perdieron, entonces, la esperanza de ser oídas y ayudadas. Algunas de ellas tienen que estar totalmente destrozadas para atreverse a pedir apoyo.

Las integrantes del grupo han empezado a aprender a través del trabajo desarrollado en las anteriores sesiones a pedir apoyo y a confiar en algunas personas. Ahora deberán empezar a confiar en ellas, a tratarse con amor y benevolencia. Siempre les hablo en este momento de la niña sola y triste que hay en ellas y de que la persona que más cerca está de esa niña es cada una de ellas, por lo tanto, es quien puede cuidarla mejor. Esto les permite establecer algunos compromisos de afecto consigo mismas y les envía el mensaje de que no deben esperar a estar totalmente destruidas para pedir el apoyo que merecen. Les solicito que el cuidarse a sí mismas sea el primer propósito que se hagan al abrir sus ojos cada día. Muchas veces he tenido que cambiar el concepto "cuidarse", por mimarse o chinearse porque he encontrado que para las sobrevivientes cuidarse es sinónimo de mecanismo de sobrevivencia. Por ejemplo: una de ellas anotó en el ejercicio que para cuidarse a sí misma se aislaba del resto del mundo.

**HOJA DE APOYO
SESIÓN N° 3
CUIDAR DE SI MISMA**

Para cuidarme a mí misma yo haré lo siguiente:

DIARIAMENTE _____

SEMANALMENTE _____

MENSUALMENTE _____

Si no sé cómo cuidarme a mí misma, preguntaré a algunas personas cómo se cuidan a sí mismas:

1. _____

2. _____

3. _____

¿Qué sentimientos tuve cuando trabajé en este tema?

¿Qué compromisos adquirí conmigo misma?

¿Qué aprendí?

De los cambios que hice, ¿cuáles me hacen sentirme orgullosa?

SESIÓN N° 4 AUTOESTIMA Y AUTOIMAGEN

La autoimagen está constituida por las creencias y las percepciones que aceptamos como la verdad sobre nosotras. La autoestima es entonces como la verdad sobre nosotras. La autoestima es entonces como la verdad sobre nosotras. La autoestima es el grado de aprobación que tenemos por nuestra propia imagen. Es también una idea de nosotras mismas, de nuestro valor como personas y de nuestras habilidades (Sanford, 1984).

Cuando somos niñas somos muy vulnerables a las conductas e influencias de los adultos y adultas. Así es como aprendemos a tener un concepto y un valor de nosotras mismas. En la base de estos aprendizajes se encuentran los mensajes que recibimos y las circunstancias que nos rodearon en nuestra infancia.

Las sobrevivientes han vivido circunstancias que les hicieron sentirse y verse como malas personas. Los mensajes verbales que recibieron tampoco contribuyeron a la construcción de una buena imagen ni a una percepción positiva de sí mismas; la mayoría vivieron en familias en donde el abuso múltiple fue una conducta frecuente. El incesto les imprimió en esa imagen y opinión de sí mismas un doloroso concepto de estigmatización y subestimación. El patrón de respuesta psicológica asociada a este esquema negativo de autoestima, es la depresión (Mc Cann, 1988).

Aunque no existe ningún ejercicio mágico para "elevar" la autoestima, he encontrado muy positivo dedicar una sesión a este aspecto.

He aprendido también que trabajar primero con temas menos amenazantes y crear una plataforma de confianza le da más seguridad a las sobrevivientes para seguir en el grupo. Además, el valorar los logros y cualidades prepara adecuadamente el terreno para empezar a hablar sobre el incesto. En mi experiencia comprobé que comenzar muy tempranamente el tema del abuso abrumba a las sobrevivientes y el resultado con frecuencia es que desertan del grupo o se exacerbe el sentimiento de estar más enfermas, "locas" o "marcadas". Una intervención precoz puede también aumentar la resistencia a romper el silencio.

Las sobrevivientes tienen grandes dificultades para encontrarse cualidades o fortalezas. Hay que ayudarlas a valorar sus valientes esfuerzos por sobrevivir y de cómo merecen celebrarlos. Esto incluye logros como estar en terapia, no haberse suicidado, estudiar a pesar de todo, dejar el alcohol, etc. (Davis, 1990).

CELEBRANDO LOS LOGROS

Las sobrevivientes tienden a minimizar sus logros, sus esfuerzos y sus cambios. Para que tengan una idea del proceso, la lectura de su cuaderno de trabajo y la revisión de las hojas de apoyo les ayuda mucho. Así ellas pueden constatar sus esfuerzos, voluntades y cambios (Bass, Davis, 1988). Celebrar los éxitos, por pequeños y cotidianos que parezcan, ayuda a mirarse con respeto y satisfacción y a internalizar un mejor concepto de sí mismas.

Es también una manera de evidenciar lo positivo en un proceso que no es lineal y que con frecuencia tiene grandes variaciones.

El creer en los logros, juicios y percepciones es esencial para hacer elecciones constructivas en la vida y tiene una función importante en la protección personal (Me Cann, 1988).

HOJA DE APOYO
Sesión No. 4
AUTOIMAGEN

Dibuje su autorretrato (puede usar una hoja adicional)



¿Qué sintió al hacerlo?

Haga una lista de sus fortalezas y cualidades; hágalo en primera persona.

Si no encontrara muchas, explique por qué.

¿Cuáles son las frases negativas que suele decirse? Al finalizar esta lista cámbielas por positivas.

Negativas

Positivas

LEA SU LISTA CADA MAÑANA Y CADA NOCHE EN VOZ ALTA.

**HOJA DE APOYO
SESIÓN N° 4
CELEBRANDO LOS LOGROS**

Haga una lista de sus logros. Incluya aspectos del pasado y del presente. Anote cualquiera, aunque le parezca muy pequeño.

CUESTIONARIO DE FORTALEZAS Y VALORES

¿Qué habilidades tiene?

¿Qué es lo que más la enorgullece?

¿Qué es lo que más le gusta de usted?

¿Qué es lo que más aprecian de usted las demás personas?

¿Cómo puedo celebrar mis logros? Incluya celebraciones que puede hacer en el presente y las que le gustaría hacer en el futuro.

SESIÓN N° 5
LOS MENSAJES QUE RECIBIMOS EN NUESTRA INFANCIA
EL CONTROL Y EL PODER

Cuando se es niña se cree que los adultos siempre tienen la razón. Por eso, los mensajes destructivos y crueles que los abusadores dicen a las niñas tienen un gran impacto en ellas. Aun si él no les dijo nada, solo el hecho de haber sido víctima de abuso transmite el mensaje de ser una persona sin valor ni importancia. Con el tiempo estos mensajes ya internalizados se sienten como lo que se es.

Las sobrevivientes han estado expuestas a múltiples traiciones y a eventos sobre los que no tendrán control. Estas experiencias pueden dar como resultado esquemas psicológicos de falta de poder y control (Finkelhor y Browne, 1988).

Aprender a reconocer estos mensajes y sustituirlos por mensajes positivos es parte importante del proceso de sanar.

Las sobrevivientes con frecuencia se quejan de que no sienten como verdades estos mensajes positivos. Las animo a seguir haciéndolo aun cuando no los crean. Poco a poco estos mensajes empiezan a hacer efecto y las sobrevivientes experimentan la fuerza de valorarse.

APRENDIENDO A DECIR NO

Parte del respeto a sí misma reside en aprender a decir no.

A las sobrevivientes se les explotó sexualmente, aprendieron que tenían que decir sí al abuso, a pesar del dolor, la rabia y el miedo. Aprendieron que tienen que pagar para vivir. Si se es mujer, se

reciben también muchos mensajes de que nuestro papel e identidad está basado en la satisfacción de las necesidades ajenas.

Las sobrevivientes son especialmente vulnerables a la invalidación por parte de personas que tienen algún poder sobre ellas (Mc Cann, 1988).

Pueden desarrollar la creencia de que no tienen poder sobre otras o que los otros las controlen o controlan sus vidas, lo que las pone en peligro de futuras revictimizaciones (Finkelhor y Browne, 1988).

Al principio de este cambio podrán venir los temores de la infancia (de castigo). En efecto, a algunas personas no les gustará oír un no y así perder privilegios ganados con la sumisión de la sobreviviente.

PODER Y CONTROL

Los aspectos de poder y control son puntos importantes que siempre surgirán en el proceso terapéutico. Sabemos que las víctimas carecieron de poder durante su infancia, o, por el contrario desarrollaron el concepto de que tenían el poder de destruir a sus familias. Todos estos conceptos tuvieron un valor adaptativo y por eso dismantelar tales defensas puede generar ansiedad. Durante las sesiones ellas pueden presentar conductas cuyo significado puede ser el tener algún tipo de control, como no hablar (Courtois, 1988). Una vez tuve una cliente que en seis sesiones habló solo unas palabras y luego desertó. Meses después me pidió otra cita y expresó que lo que más le había ayudado había sido mi comprensión frente a su silencio.

Debido a que el poder y el control fueron distorsionados en el aprendizaje de la sobreviviente, el mantenimiento de los límites establecidos en la primera sesión adquiere una importancia vital. La sobreviviente puede tener dificultad para observar estos límites o intentar sexualizar la relación terapéutica.

HOJA DE APOYO SESIÓN N° 5 MENSAJES "DECIR NO"

Cuando yo era niña y abusaron de mí me dijeron que:

El haber sido víctima de abuso me enseñó que:

Ahora yo me voy a decir lo contrario. A continuación vuelva a anotar los mensajes que recibió en la infancia pero transformándolos positivamente.

NEGATIVO

POSITIVO

DECIR NO

Si yo digo no temo que:

Quiero decir no a:

Si alguien se enoja por decirle no, yo voy a:

**SESIÓN N° 6
MITOS Y REALIDADES DEL INCESTO Y
DEL ABUSO SEXUAL**

Las sobrevivientes de incesto crecen por lo general en familias en donde los estereotipos y la falta de información son la norma. Ellas tienen muchas distorsiones cognoscitivas como resultado de la internalización de los mitos y estereotipos sociales sobre la mujer.

Una tarea de la terapia con sobrevivientes es suplir esta falta de información y la reestructuración cognoscitiva a través de la educación.

La terapeuta debe también fungir como educadora en varias áreas del funcionamiento de la sobreviviente y enseñar habilidades básicas de la vida así como proporcionar información (Courtois, 1988).

He encontrado muy útil revisar con las sobrevivientes un listado de los mitos más comunes sobre el incesto. Al poderlos rebatir aumentan los sentimientos de confianza y poder, la culpa y la vergüenza tienden a desaparecer aún más.

**HOJA DE APOYO
SESIÓN N° 6
MITOS Y REALIDADES DEL INCESTO**

A continuación aparece un listado sobre mitos y realidades del incesto y el abuso sexual.

La terapeuta debe mencionar el mito y preguntar a las participantes su opinión. Posteriormente la terapeuta complementará o corregirá lo que las sobrevivientes expresan. Pueden hacerlo en forma verbal o usando un pizarrón o papelógrafo.

MITO: El abuso sexual ocurre solamente entre extraños, si las (os) niñas (os) no se acercan a los extraños se evitará el abuso sexual.

REALIDAD: En un alto porcentaje de los casos de abuso sexual, el abusador es un pariente, un integrante de la familia, un amigo, un cuidador o un conocido de la víctima (Batres, Claramunt, 1993).

MITO: Las (os) niñas (os) son responsables del abuso sexual incestuoso.

REALIDAD: El acto abusivo es responsabilidad total del adulto. Las niñas por su edad, conocimientos, dependencia y falta de poder no están en capacidad de decir no, de detener el abuso. En una relación tan desigual de poder no se puede hablar de consentimiento ni igualdad.

MITO: Todas las víctimas de abuso sexual e incesto son niñas.

REALIDAD: Más niñas que niños son víctimas de abuso sexual, pero también los niños lo son. Algunas estadísticas norteamericanas hablan de que uno de cada ocho varones menores de 18 años y una de cada tres niñas serán víctimas de abuso sexual (Haseltine, Peterson, 1990).

MITO: El incesto y el abuso sexual solo ocurren en familias pobres y sin educación.

REALIDAD: El incesto y el abuso sexual ocurre en familias de todas las clases sociales y en todos los niveles de educación.

MITO: El incesto es una fantasía infantil.

REALIDAD: Una niña o un niño no fantasea sobre acontecimientos dolorosos o que no son vivencias. Estas teorías de la fantasía infantil fueron construcciones teóricas de Freud quien las convirtió en "realidades" científicas (Batres, Claramunt 1987).

MITO: El incesto ocurre solo entre enfermos mentales.

REALIDAD: La mayoría de los ofensores sexuales son personas sin patologías mentales y por el contrario, lo común es que sean personas apreciadas socialmente (Batres, Claramunt, 1987).

SESIÓN N° 7 LOS EFECTOS DEL INCESTO

Cuando la niña fue victimizada sexualmente, fueron también violados sus derechos, sus límites. El abuso la humilló, la hizo sentirse culpable, impotente, diferente y traicionada. Nadie alrededor parecía notarlo. Si habló tal vez no le creyeron, o la culparon. Por lo tanto, se llegó a sentir responsable del incesto y muy sola. Si tuvo que guardar el secreto ya sea por miedo, impotencia, por ser niña o por amenazas del abusador, la imposición del secreto de su victimización profundizó aún más el sentimiento de traición y soledad.

Es importante determinar lo que el incesto ha dañado para poderlo curar. Por tal razón hay que impulsar a las sobrevivientes a hacer la identificación del daño actual, es decir, el estado en que ella se encuentra en este momento. La forma en que el incesto o abuso sexual lesionó diferentes áreas de su vida.

Establecer los efectos del abuso a largo plazo es importante en el proceso terapéutico (Courtois, 1988). En este período la sobreviviente puede experimentar mucho dolor.

El listado sobre el síndrome post incesto (Blume, 1990) es de gran utilidad para que ellas realicen este autodiagnóstico y vayan desarrollando, ya tempranamente, en el proceso de curación una relación más cercana con sus sentimientos y conozcan las secuelas del trauma.

Es necesario decirles antes de que hagan estos ejercicios que ellas no tuvieron la culpa, sea lo que haya pasado, en las circunstancias que haya pasado o la edad que tenían cuando pasó. Además, reforzar que no lo provocaron ni pudieron detenerlo por el hecho de ser niñas, dependientes y sin poder para hacerle frente a los adultos.

Las personas que han sido víctimas de abuso sexual presentan un gran número de conductas autodestructivas (Bass y Davis, 1988), que tienen a veces una intención de autocastigo, que fueron conductas adaptativas cuando la sobreviviente era pequeña o como respuestas a su ambiente y circunstancia (Mc Cann, 1988). Estas conductas son frecuentemente uso de alcohol o drogas, tener accidentes a menudo, manejar o caminar por lugares peligrosos, involucrarse sexualmente con personas peligrosas o autodañarse físicamente (Gil, 1988, Bass y Davis, 1988, Finkelhor y Browne 1988).

Para resistir, las sobrevivientes utilizaron muchos mecanismos, algunos de ellos positivos y otros destructivos.

A continuación, aparece una lista de algunos mecanismos:

1. Minimizar
2. Racionalizar
3. Negar
4. Olvidar (reprimir)
5. Disociación ("división", en las palabras de ellas)

Estos mecanismos deben ser explicados brevemente y claramente para luego estimular que ellas los identifiquen a través del análisis de episodios de su vida ayudadas por la terapeuta ya que se requiere de esfuerzos introspectivos para completar este ejercicio.

Frecuentemente, cuando una niña ha sido victimizada sexualmente, especialmente por su padre o por alguna figura cercana o de autoridad a quien ella quería y en quien confiaba, el trauma es tan poderoso que, para sobrevivirlo, la víctima olvida el hecho completo o partes de este. Otras sobrevivientes no recuerdan algunos episodios de su infancia o épocas completas de ella (Blume, 1990, Courtois, 1988, Gil, 1988).

Como en los textos tradicionales existe poca información sobre el incesto y las secuelas a corto y largo plazo, los profesionales en salud mental, a los que acuden las sobrevivientes, desconocen el síndrome post incesto. Muchas sobrevivientes tienen dificultades para establecer la relación entre el incesto y sus secuelas a largo plazo. Por años se sintieron locas, extrañas.

A continuación, aparecerá una lista de las secuelas del incesto, las más frecuentes, para ser usada por la terapeuta en la sesión.

SÍNDROME POST INCESTO

La siguiente lista contiene algunos puntos que aparecieron y fueron publicados originalmente en un artículo del New York Women Against Rape (Mujeres neoyorkinas en contra de la violación) y luego en el libro de Sue Blume, 1990, pp. XXVII-XXX). El resto de los componentes han sido desarrollados mediante la observación y las entrevistas con las mismas sobrevivientes.

Temor a estar sola en la oscuridad o de dormir sola. Terrores nocturnos. Pesadillas (especialmente con temas de persecución, amenaza y sensación de encontrarse atrapada).

Sensación de estar asfixiándose, repugnancia al contacto del agua en la cara a la hora del baño o al nadar.

Sensaciones alienantes de no sentirse a gusto con el propio cuerpo. Incapacidad para atender y cuidar su propio cuerpo ; imagen corporal pobre.

Problemas psicosomáticos, desórdenes ginecológicos, dolores de cabeza o dolor en las articulaciones.

Utilizar demasiada ropa, incluso durante épocas de calor. Incapacidad de quitarse la ropa en situaciones apropiadas (para nadar, bañarse, dormir). Privacidad extrema para utilizar el baño.

Desórdenes alimenticios (bulimia o anorexia). Adicción a drogas-licor (o total abstinencia), otras adicciones.

Cortarse la piel, autodestructividad.

Fobias. Comportamientos compulsivos.

Necesidad de no llamar la atención o de ser perfecta o de ser perfectamente mala.

Pensamientos, intentos y obsesiones suicidas (incluyendo el suicidio pasivo).

Depresión (en ocasiones paralizante).

Problemas relacionados con la ira como: incapacidad y temor para reconocer y expresar la propia ira, enojo constante y hostilidad severa.

Sensaciones de despersonalización, de estar atrapada en una crisis constante.

Control rígido del pensamiento, inexpresividad o solemnidad extremas.

Esconderse, ocultarse o refugiarse en las esquinas durante la infancia.

Problemas relacionados con la confianza: incapacidad de confiar en otros, confianza excesiva o indiscriminada.

Tomar riesgos demasiado elevados o incapacidad para tomar riesgos.

Problemas para establecer límites, temor a perder el control, conductas obsesivo/compulsivas (intentos por controlar cosas que carecen de importancia, solo por el deseo y la necesidad de controlar algo), confusión en lo referente al sexo y al poder.

Culpa, vergüenza, poca autoestima, sentimiento de insignificancia.

Patrón de víctima (victimización de sí misma tras haber sido victimizada por otros), especialmente en el aspecto sexual. Carencia de un sentimiento de poder sobre su propia vida o del derecho de decir no, patrón de relaciones interpersonales con personas mucho mayores (establecido en la adolescencia).

Anestesia afectiva o excesiva dependencia afectiva en sus relaciones.

Sentimientos de abandono severos.

Eliminar de la memoria algunos períodos de la vida temprana (especialmente de uno a 12 años), o a situaciones o personas específicas.

Sentimiento de ser portadora de un secreto horrible, urgencia por contarlo o temor de revelarlo, certeza de que nadie estaría dispuesto a escucharla. Guardarlo todo como un secreto. Sentirse "marcada" por algo.

Sentirse desequilibrada, loca, diferente, sentirse irreal o que los demás no son reales, o que los demás piensan que no es real.

Negación y represión de recuerdos del abuso. Minimizar y atribuir los hechos a sueños o imaginaciones. Reacciones negativas e "inapropiadas" hacia una persona, lugar o situación. Proyecciones momentáneas inexplicables (una luz, un lugar, una sensación). Recuerdos parciales

del abuso. El recuerdo puede iniciarse con el evento o la persona menos amenazante, algunos detalles del abuso pueden nunca ser totalmente recordados, sin embargo, la recuperación de los recuerdos es posible, aun cuando no sea total. Existe una "guía interna" que hace los recuerdos accesibles a la conciencia, de acuerdo con la capacidad que tenga la persona para ir manejándolos.

Sexualidad. Percibir el sexo como algo "sucio". Aversión a ser tocada, especialmente durante el examen ginecológico. Fuerte aversión o necesidad intensa o llanto por algunos actos sexuales particulares. Dificultad para integrar la sexualidad y las emociones, disociación durante el acto sexual, confusión entre sexo y dominación. Necesidad de obtener poder mediante el acto sexual. Sexualidad promiscua con extraños, acompañada de la incapacidad de tener relaciones sexuales dentro de una relación íntima de pareja. Prostitución, nudismo. Abstinencia sexual, llanto después del orgasmo. Sensaciones de persecución y violación. Sexualización de todas las relaciones significativas, respuestas eróticas ante el abuso o la ira.

Patrón de relaciones afectivas ambivalentes o intensamente conflictivas.

Evitación de espejos o percepciones distorsionadas de la imagen corporal.

Deseo de cambiar de nombre para separarse del agresor o para tomar el control mediante la autodesignación.

Limitada tolerancia hacia la felicidad, retiro activo de situaciones felices, resistencia a confiar en la felicidad.

Aversión a hacer ruido durante las relaciones sexuales. Hipervigilancia verbal (manejo cuidadoso de las palabras), voz demasiado baja, especialmente cuando desea ser escuchada.

Robo (en adultas), robo y actividades incendiarias (en la infancia).

Personalidad múltiple.

NOTA: La homosexualidad o el lesbianismo no son una secuela del incesto.

**HOJA DE APOYO SESIÓN N° 7
CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS**

Haga una lista de las conductas que usted considera la han dañado o la han puesto en peligro.

Propósito de estas conductas:

Contrato para detenerlas y modificarlas:

Yo _____

me comprometo a modificar las siguientes conductas _____

y cambiarlas por las siguientes conductas _____

HOJA DE APOYO SESIÓN N° 7 COMO ESTOY

1. ¿Se siente distinta a otras personas?

2. ¿Se siente mala o sucia?

3. ¿Se siente impotente, como una niña?

4. ¿Siente que si la gente la conociera más se decepcionara y por lo tanto la rechazarán?

5. ¿Ha tenido deseos de suicidarse o hacerse daño?

6. ¿Se odia a sí misma?

7. ¿Cuándo se siente feliz piensa que pronto terminará ese sentimiento?

8. ¿Confía en sí misma?

9. ¿Se cuida a sí misma?

10. ¿Tiene temor al éxito?

11. ¿Tiene que ser perfecta?

12. ¿Utiliza su trabajo para compensar sus dolores emocionales?

13. ¿Tiene dificultad para expresar sentimientos?

14. ¿Se ha deprimido varias veces o tenido ataques de pánico?

15. ¿Siente a veces que se vuelve loca?

16. ¿Esta siempre muy enojada o a punto de estallar?

17. ¿Ha usado alcohol excesivamente o drogas?

18. ¿Se siente bien con su cuerpo?

19. ¿A veces se siente como fuera de su cuerpo?

20. ¿Disfruta en usar su cuerpo en actividades como ejercicios, baile, etc.?

21. ¿Ha lastimado su cuerpo intencionalmente?

22. ¿Le cuesta confiar en alguien o confía excesivamente en todos/as?

23. ¿Se siente sola y que está aislada?

24. ¿Se ha relacionado con personas que se parecen a su abusador?

25. ¿Tiene temor de los compromisos afectivos?

26. ¿Se aferra a las personas que quiere?

27. ¿Tiene pánico al abandono?

28. ¿Le cuesta decir no?

29. ¿Cuándo hace el amor se siente lejana?

30. ¿Evita el sexo o lo busca aunque no lo desee?

31. ¿Experimenta recuerdos del abuso cuando tiene sexo?

32. ¿Tiene aversión al sexo?

33. ¿Para sentirse segura necesita controlar todo lo relativo al sexo?

34. ¿Cómo son las relaciones con su familia?

35. ¿Saben sobre el abuso?

36. ¿Espera que su familia cambie?

37. ¿Se sigue dando el incesto en su familia?

SESIONES NO. 8 Y 9
RECORDANDO. ROMPIENDO EL SILENCIO, LA CULPA Y LA VERGÜENZA

A las niñas víctimas de abuso se les impuso el silencio. Cuando adultas, muchas de ellas hablan en voz muy baja y cuentan poco de sus experiencias infantiles y actuales (Blume, 1990, Herman, 1981, Buttlar, 1985).

Muchas han guardado este secreto por más de 50 años, otras habrán muerto sin haber hablado nunca. Una gran cantidad de ellas son diagnosticadas como enfermas mentales o tratadas como delincuentes sin que nunca nadie supiera sobre el dolor que guardaban y las torturas a las que fueron sometidas cuando niñas.

No hablar del abuso les da también la ilusión de que no sucedió, o que no fue tan despiadado. Cuando se refieren al abuso tienden a ser muy poco específicas y a cambiar rápidamente de tema. El contarlo les produce ansiedad; la vergüenza y culpa que han cargado les impide hablar de ello abiertamente. Además, pueden haberlo contado y no fueron creídas, aprendieron que era peligroso hablar de eso y lo siguen callando.

Aprendieron también que la intimidación era dolorosa y que fueron dañadas cuando se les acercaron. Sin embargo, para curarse es necesario recordar. El dolor ya no debe ser evadido, es necesario atravesarlo. Después de este camino está la luz. Es necesario compartir el secreto con quienes le creen y la respetan. Hablar del abusador, solo mencionarlo es una experiencia que puede sonar aterradora para una sobreviviente. Muchas fueron brutalmente amenazadas para silenciarlas. Identificado es un acto de poder, el poder que produce no estar bajo su control. A veces ayuda mucho hablar del abuso con alguien fuera del grupo, alguien que les crea; esto será una elección de cada sobreviviente.

A esta altura de la terapia muchas de ellas querrán confrontar a su abusador. Es mejor sugerirles sobre los riesgos que esto conlleva, si se da en este momento. Es mejor apoyar el que lo hagan, si así lo desean, al final del proceso grupal, cuando ya cuenten con mayor seguridad en sí mismas. Lo usual es que los abusadores se nieguen, se rían, las desvaloricen, o las culpen como lo hicieron cuando estaban pequeñas; tienen que estar bien preparadas para que esta respuesta no las dañe.

Contar el abuso a personas adecuadas les permite encontrar comprensión y consuelo. Esta revelación puede también ayudar a otros miembros de la familia a hablar de su victimización. Niños, niñas y adolescentes que han permanecido en silencio pueden buscar ayuda después de la revelación de la sobreviviente.

En esta etapa del proceso el clima de confianza, intimidad y seguridad que se ha ido construyendo en el grupo permite la discusión del incesto. Sin embargo, se encuentran con frecuencia, participantes que aún en este momento tienen muchas dificultades para hablar. Se debe ayudar a las sobrevivientes a verbalizar en el grupo su experiencia abusiva pero hay situaciones que deben ser exploradas individualmente.

En una ocasión una cliente que experimenta gran ansiedad con este tema, al ser entrevistada individualmente dijo que tenía vergüenza de hablar porque una mujer también había abusado de ella

durante una estadia en el Hospital Nacional Psiquiátrico, mientras que todas las otras participantes habían revelado haber sido victimizadas por sus padres solamente. Se le animó a expresar su experiencia y en la siguiente sesión lo hizo; surgieron entonces más revelaciones de otros abusos vividos por compañeras. Varias de ellas mencionaron más de cinco abusadores (médico, pastor, hermano, padre, tío, tía).

Es deseable estimular la participación más activa de las integrantes para darse apoyo mutuo. Ellas son muy empáticas con el dolor de sus compañeras. Hay que enseñarles que esa comprensión por otras la usen con ellas mismas.

El reconocimiento de los sentimientos largamente reprimidos o disociados y el compartir la experiencia permite la catarsis y la elaboración del duelo. Tomar conciencia de las pérdidas resultantes del abuso será muy doloroso, esta es una etapa en donde pueden surgir la negación, la disociación y otras defensas (Courtois, 1988).

COMPRIENDIENDO QUE NO FUE TU CULPA Y DEJANDO LA VERGÜENZA ATRÁS.

Los sentimientos de culpa y vergüenza han acompañado por toda la vida a las sobrevivientes. Los sentimientos de culpa vienen de varias fuentes.

Muy frecuentemente el abusador las culpó directa o indirectamente, no solo por el abuso sino por cualquier cosa que le pasara a él si ella hablaba. Como el abuso empieza generalmente en edades tempranas, la niña, por efectos de su desarrollo cognoscitivo, no está en capacidad de comprender que este adulto, que es generalmente su padre, a quien ella quiere y necesita, es el único responsable del abuso (Batres, 1994).

Otra veces conserva la idea de que es su culpa porque no habló o no lo detuvo, o porque de alguna forma lo disfrutó físicamente.

Esta culpa también se acentúa, cuando la niña o la adolescente y aún la adulta, revelan el abuso y no son creídas; a sus propias culpas se agregan entonces las de los adultos a los que se acercó (Buttler, 1985).

El abuso sexual y el incesto son crímenes de poder. Una niña, por su vulnerabilidad, dependencia y desarrollo, no está en condiciones de detener el acto abusivo. Este es responsabilidad total de quien abusa. Y si se trata de incesto entre padre e hija, el más común de los incestos, el consentimiento no es posible (Batres, Claramunt, 1987). La diferencia de poder entre un padre, hombre, adulto, y una niña, hija, dependiente, es abismal (Herman, 1981).

Es difícil que se visualicen a ellas mismas como eran cuando niñas, vulnerables y sin poder. No saben que guardan esa niña adentro, infeliz y asustada. Debemos ayudar a las sobrevivientes a encontrar esa niña, la que fue y la que aún tiene adentro. Proporcionarle el conocimiento y la información para que comprendan que no fue su culpa y que, a través del conocimiento, esa vergüenza pueda ser combatida.

Todas las personas que han sido víctimas de incesto y o tros tipos de abuso sexual encierran fuertes sentimientos de vergüenza.

Muchas sobrevivientes desarrollan un odio terrible a sus cuerpos pues creen que sus formas femeninas son la causa de que su padre o familiar hayan abusado de ellas sexualmente. Una víctima contaba que se amarraba un trapo a su naciente busto para que no le creciera porque creía que con eso iba a detener el abuso.

Asociado a esta profunda y arraigada culpa el sentimiento de vergüenza está siempre presente también. Vergüenza de haber sido escogidas como víctimas, vergüenza por sentirse dañadas, sucias e impuras. Vergüenza por haber tenido placer al ser estimuladas sexualmente, vergüenza por el contenido sexual de la experiencia en una sociedad donde la pureza sigue siendo un valor; aún en medio de tantas niñas explotadas sexualmente; vergüenza de existir.

HOJA DE APOYO SESIONES 8 Y 9 ROMPIENDO EL SILENCIO

El nombrar las formas en que fue manipulada para guardar silencio la ayudará a liberarse de esa imposición.

Cuando estaba abusando de mí, el abusador me dijo:

Mi silencio fue obligado con:

Yo fui testigo de las siguientes cosas que me hicieron tener miedo:

Sentí que debía proteger a:

Si hubiera contado hubieran pensado que yo:

El mensaje que recibí, si lo contaba, fue:

<p>HOJA DE APOYO SESIONES NO. 8 Y 9 RECORDANDO</p>

1. Recordando lo que pasó
Yo estaba (dónde y haciendo qué)

Mi papá (o quien abusó de mí) estaba:

Mientras me abusaba me dijo:

Y me hizo:

Yo sentí:

Yo quise:

El se quedó (tiempo)

El resto de la familia estaba:

Cuando se fue, yo sentí:

Yo pensé:

Ahora pienso:

Ahora siento:

Voy a contarle sobre el abuso a:

¿Qué sentimientos tuve cuando trabajé en este tema?

¿Qué aprendí?

De lo que haré, ¿qué me hace sentir orgullosa?

<p style="text-align: center;">HOJA DE APOYO SESIONES N 8 Y N 9 IDENTIFICANDO LA CULPA Y REEMPLZÁNDOLA CON LA REALIDAD</p>

Piense en todas esas frases acusatorias que usted se ha dicho por todos estos años. Las razones por las cuales se ha echado la culpa. Así como no debemos evadir el dolor, sino atravesarlo para curarlo, sucede con los sentimientos de culpa, necesitamos conocerlos para superarlos.

1. Fue realmente mi culpa, ¿por qué?

2. Creo que fue mi culpa, ¿por qué? (hágase la pregunta cuantas veces sea necesario):

3. No fue mi culpa, ¿por qué?

**Hoja de apoyo
Sesiones 8 y 9
Buscando a la niña**

Recuerde la edad en que usted empezó a ser víctima de abuso, trate de encontrar una escena de la vida cotidiana de ese tiempo. Busque una fotografía suya y mírela bien. Observe niños o niñas que cuenten actualmente con la edad en que se inicia su abuso. Escriba una carta a esa niña, que es usted u otra niña victimizada, dígame por qué no es culpable, dígame cosas que la animen, hablele de su inocencia y del amor y felicidad que se merece.

CARTA A UNA NIÑA VÍCTIMA DE ABUSO

SESIÓN NO 10 LA IRA: APRENDIENDO DE ELLA

El incesto constituye una violación de los límites físicos y psicológicos, produce dolor, rompe la infancia y también provoca muchísimo enojo.

A las niñas se les enseña que no está bien enojarse. Deben ser obedientes, conciliadoras, graciosas y no expresar su rabia. Además, las niñas aprenden que es muy peligroso expresar enojo al abusador, el es poderoso, coercitivo y a veces violento. No admite el enojo de nadie, menos el de ellas.

Las niñas expresan su enojo a través de conductas o de síntomas. Desde edades tempranas algunas de ellas intentan suicidarse o se automutilan. Aprenden a odiarse y a dirigir el enojo a sí mismas. Conductas delictivas, autodestructivas y adictivas son el resultado de este gran enojo (Bass, Davis, 1988).

Estar enojadas por haber sido explotadas sexualmente, creo que es el sentimiento más adecuado para responder a este crimen.

Lo "anormal" sería lo contrario. Hay que validar este sentimiento, muy al contrario de lo que nos ha enseñado la terapia tradicional; que debemos minimizarlo.

Hay que reconocer que el enojo es una fuerza que vitaliza, ayuda a sobrevivir y a transformarse, cuando se una en este sentido. Lo que debe la sobreviviente aprender es a no usarlo más contra ella, empezar a dirigirlo contra quien corresponde: el abusador o a las personas que no supieron cuidarla. Usando la fantasía dirigida podemos manejar este enojo, como un sentimiento, no como una acción.

En esta sesión puede trabajarse también el perdón, entendido como el perdón hacia sí misma. Si la sobreviviente quiere perdonar a su abusador, debe ser esta una decisión personal que no debe inducirse y requiere de un examen previo de los conceptos culturales que las mujeres aprendimos sobre el perdón.

1. ¿Cómo le ha afectado el abuso?

2. ¿Qué siente hacia el abusador?

3. ¿Qué desearía que le sucediera al abusador?

4. ¿Qué clase de relación desearía usted tener con él?

<p style="text-align: center;">SESIÓN NO. 11 LOS SENTIMIENTOS APRENDIENDO A ESTAR PRESENTES</p>

Las niñas que han sido víctimas de abuso sexual para defenderse, han tenido que alejarse afectivamente de las personas y del dolor que la violencia y la traición les produjo. Tienen por lo tanto dificultad para “encontrar” sus sentimientos o para ponerse en contacto con ellos y a veces dificultades para expresarlos. Todas las energías han sido dirigidas hacia el interior, el único lugar seguro, y, por lo tanto, hay un déficit en el desarrollo de intimidad con otros/as y de las relaciones interpersonales.

Muchos de estos sentimientos de aislamiento, distancia o una tendencia a huir de las relaciones emocionales profundas, emergen cuando adultas, en situaciones en donde se sienten abrumadas. En consecuencia muchas sobrevivientes tienen dificultades en esta área (Courtois, 1988, Gil, 1988, Blume, 1990).

Reaprender a experimentar los sentimientos que fueron amordazados por los traumas ayuda a reconocer que ahora no resulta tan malo ni tan inseguro experimentarlos y ayuda a establecer mejores relaciones con ellas mismas y con los otros. No es tarea fácil ya que muchos de ellos cuando afloran vienen acompañados de señales de ansiedad, temor y hasta manifestaciones corporales (Davis, 1990).

Sentimientos

Los sentimientos no nos hacen ni buenas ni malas, son parte de nosotras. Reconocer los sentimientos autodestructivos sí nos permite cuidarnos mejor. Las niñas victimizadas desarrollan a lo largo de su vida múltiples sentimientos autodestructivos. Estos incluyen la sexualidad. Un ejemplo es involucrarse sexualmente con personas que la pueden dañar, o en relaciones infelices. Conductas tales como manejar o caminar por lugares peligrosos, y tener accidentes son frecuentes.

La depresión: la tristeza es un sentimiento esperable en alguien que ha sido dañada, abandonada, explotada sexualmente. Muchas sobrevivientes tienen intermitentes crisis depresivas, pero otras no se lo permiten porque se sienten muy vulnerables y expuestas cuando están tristes. Sin embargo, de la tristeza podemos aprender mucho; nos puede conducir a evaluar nuestra vida y conductas e inducirnos a cambiar (Bass, Davis, 1988).

No estar presente es una conducta frecuente en las sobrevivientes. Esto quiere decir distanciarse de las emociones y no prestar atención a lo que sucede dentro de su interior y en el de las otras personas. Tempranamente las sobrevivientes se disociaron; este mecanismo fue una habilidad que le permitía sobreponerse a la humillación, el dolor y todos los intensos sentimientos que les causó el abuso. Los períodos de ausencia responden también al miedo, a experimentar sentimientos como la sexualidad, enojo de otras (os). Actualmente este mecanismo ya no constituye una ventaja y hay que trabajar con él.

Como son inconscientes se requiere de un gran esfuerzo para empezar a visualizarlos y empezar a transformarlos, y, por fin, sentir de cerca el cuerpo, las emociones y la vida misma.

<p style="text-align: center;">HOJA DE APOYO SESIÓN N° 11 PARA ESTAR PRESENTE</p>

Todos los días utilice 10 minutos para anotar sus observaciones sobre cómo usted se ausenta. La siguiente guía le ayudará:

Hoy _____

Me ausenté de (horas, minutos) _____ a _____

Cuando estaba en: _____

Antes de que pasara estaba sucediendo:

Yo estaba con: _____

Lo que me perturbaba era: _____

HOJA DE APOYO SESIÓN N° 11 SENTIMIENTOS CONGELADOS

En su infancia usted experimentó:

Sentimientos:

Actualmente experimento:

Sentimientos:

¿Cuáles han cambiado de intensidad?

Mis amigos (as) me ven con los siguientes sentimientos:

Practique frente al espejo cada sentimiento que ha reconocido y anote algún aspecto corporal asociado al mismo.

HOJA DE APOYO SESIÓN N° 11 TRISTEZA

Ahora me siento triste cuando

En mi infancia me sentí triste (no el recuerdo, sino anotar solo si se tiene el sentimiento)

Cuando me siento triste lo evado de la siguiente manera:

O me comporto:

Me comprometo a utilizar las siguientes estrategias de apoyo para cuando me sienta triste.

<p style="text-align: center;">SESIÓN N° 12: INTIMIDAD Y RELACIONES</p>

Los sobrevivientes deben empezar a incrementar la habilidad de crear nuevas formas de relaciones interpersonales y comportamientos que correspondan a su adultez. Han aprendido sobre el dolor del pasado y los efectos de su victimización y deben empezar a incorporar las lecciones de la experiencia traumática (Herman, 1992).

La capacidad de conectarse con los demás es considerada fundamental en la mayoría de los modelos del bienestar psicológico (Mc Cann, 1988). Esta capacidad ha sido muy dañada en las sobrevivientes; para ellas, la intimidad significó traición, dolor y peligro. Por este motivo, comprometerse en relaciones profundas puede producir mucho miedo, aun cuando estas no sean agresivas hacia ellas. Sus compañeros y amistades pueden sentirse decepcionados cuando sus intentos de tener relaciones íntimas con ellas fracasan y a su vez esto confirma la creencia de las sobrevivientes de que no son capaces de establecer relaciones o merecedoras de amor. (Mc Cann, 1988).

En esta fase del tratamiento, las integrantes del grupo han recuperado algo de confianza más adecuada. Saben distinguir entre aquellas personas cuyas características las dañarán o cuyas características las pueden apoyar. Han aumentado su capacidad de mantenerse autónomas y seguir conectadas (Herman, 1992).

Es un tiempo cuando las reconciliaciones o las separaciones suelen darse y las relaciones con la familia y los (as) hijos (as) toman otras dimensiones, más empáticas, pero con límites más precisos.

**HOJA DE APOYO SESIÓN N° 12
INTIMIDAD Y RELACIONES**

¿Qué cambios le gustaría hacer en las relaciones que tiene usted con:

Su familia?:

Su pareja? _____

Sus hijos (as)?:

Si su pareja y sus hijos (as), sus amigos (as) y familia fueron un apoyo durante su proceso de sanar, ¿qué les gustaría decirles para agradecerles su cooperación?

**SESIÓN N° 13:
LA SEXUALIDAD**

A lo largo de todo el proceso terapéutico las sobrevivientes solicitan explorar el área de la sexualidad o expresan frecuentemente que tienen conflictos dolorosos en este aspecto. Las que tienen pareja son empujadas muchas veces por el compañero para que estas hablen y "arreglen" rápido sus "desperfectos" sexuales. En mi práctica clínica he observado que cuando, en efecto, llegamos a este tema, socialmente considerado tabú y secreto, muchas de ellas se sienten confusas y temerosas de abordarlo. He tenido que tomar frecuentemente varias sesiones o dividir el grupo para reunirme con menos integrantes, e inclusive en una ocasión debí darle a una de ellas unas sesiones individuales. Acostumbro a respetar las formas en que las participantes del grupo deseen introducir el tema y soy muy flexible en el abordaje.

Es muy importante que la decisión de tratar la sexualidad surja desde ellas, por el derecho a su felicidad, al pleno disfrute de la sexualidad; lo que el incesto les arrebató.

La perspectiva que se presenta en esta sesión también puede ser aplicada a mujeres lesbianas.

Las niñas victimizadas aprenden del sexo cuando no están preparadas, lo aprenden acompañado de temor, dolor, humillación y violencia. Este traumático aprendizaje, esta iniciación que violenta su desarrollo y su ser, deja traumas profundos (Finkelhor y Browne, 1988). Algunas de ellas han aprendido que solo sexualmente pueden ser aceptadas y se vuelven promiscuas. Otras exhiben una total aversión al sexo. Otras hacen listas de supermercado mientras tienen sexo para alejarse de los sentimientos.

Durante el proceso de sanar, los recuerdos intrusivos del hecho abusivo aparecen en ocasiones cuando hacen el amor o estos han estado presentes por años convirtiendo la relación sexual en un doloroso recuerdo del abuso.

Ellas deben aprender sobre todas estas secuelas, aprender sobre su sexualidad, a su propio paso y dentro de los límites que las hagan sentir seguras. Reenseñar a su piel a sentir. Una de ellas, en un grupo, se aterrorizaba con solo que tocáramos sus manos. Fue producto de un lento y paciente proceso el que pudiera empezar a tolerar el contacto físico.

La cultura se ha encargado también de enseñarnos conceptos sobre el sexo que más bien corresponden a los deseos y fantasías de los hombres que a las nuestras. Nos ha dejado pocas posibilidades de sentirnos sexualmente saludables (Bass, Davis, 1988); recibimos muchos mensajes contradictorios o hipócritas.

Hay que tener en cuenta que muchas sobrevivientes junto con el dolor de haber sido víctimas de abuso también sintieron placer. Como este placer se dio asociado al miedo, a la traición y a la vergüenza, crecieron aprendiendo que el placer sexual es malo (Bass, Davis, 1988). Un gran número de ellas no sienten placer al hacer el amor, otras sienten una gran culpa y otras desarrollan dificultades para decir no cuando no quieren tener sexo. Es deseable ayudarlas a decir no cuando no quieren relaciones sexuales; ya no tienen que apretar los puños, morderse los labios y aguantar un sexo que no quieren. En este momento del proceso es muy valioso contar con la ayuda del compañero.

Es necesario cambiar la concepción del amor sexual. El sexo no es una secuencia de eventos, es una experiencia de amor, de honestidad, placer e intimidad. Desafortunadamente este no es un concepto usual y muchas sobrevivientes tienen compañeros que no las apoyan ni comprenden.

Empezar a conocer los placeres sexuales y sensuales personales, el ritmo de las respuestas, es algo que ha estado vedado para la mayoría de las mujeres. En un taller que dicté, una mujer de 65 años nunca había tenido la oportunidad de experimentar el placer de sentir su cuerpo y disfrutarlo. Cuando hablamos en el grupo de sexualidad, relató que una noche, tomó un baño caliente, se perfumó todo su cuerpo y bailó desnuda, sola en su habitación. Contó este hecho como la más maravillosa experiencia sensual y sexual de su vida.

Si las sobrevivientes se sienten muy dañadas para estar en una relación sexual, hay que apoyar su decisión de no tener sexo mientras no se sientan seguras. El apoyo del compañero es deseable.

Si está iniciando una nueva relación, es mejor que hable con su pareja sobre lo que le hace sentir bien y lo que no desea y que se tome su tiempo antes de tener relaciones sexuales. Tenerlas con quien no se puede hablar es un viejo patrón del abuso.

Muchas sobrevivientes enfrentan recuerdos del abuso cuando están teniendo sexo; eso las aterroriza. Hablar de esto con su compañero ayuda y así se puede recibir la colaboración de la pareja en el momento que los recuerdos vuelven.

Muy frecuentemente las sobrevivientes se disocian al tener sexo, detenerse, hacerlo más lento y buscar con el compañero más contacto visual o verbal, ayuda mucho.

La complejidad del tema puede requerir varias sesiones. Se puede también planear sesiones adicionales al final de este proceso grupal.

El abuso sexual infantil generalmente involucra a alguien que se amaba y en quien se confiaba. Sexo, amor, confianza y traición se ligan en forma profunda (Bass, Davis, 1988). Por eso muchas sobrevivientes no pueden tener relaciones sexuales satisfactorias con quienes aman intensamente; el amor profundo trae de vuelta el dolor profundo.

Recuperar la capacidad para experimentar placer sexual puede ser un proceso muy complicado. Las técnicas de tratamiento para la disfunción sexual postraumática deben estar basadas en el aumento del poder de la sobreviviente sobre cada aspecto de su vida sexual (Herman, 1992).

Una serie de ejercicios alrededor de estos aspectos pueden ser muy útiles.

HOJA DE APOYO SESIÓN N° 13 SENSUALIDAD

1. ¿Qué es la sensualidad para usted?

2. Conéctese con su sensualidad.

a. Realice un ejercicio suave. ¿Qué siente?

b. Prenda velas en su habitación, ponga música y dese un masaje. ¿Qué siente?

3. Siga adelante, toque su cuerpo. El objetivo no es tener un orgasmo. ¿Qué se queda con su cuerpo. Si se desconecta, vuelva, hágalo espacio.

Si tiene recuerdos del abuso, no se asuste. Puede encontrar información de su abuso en este recuerdo y liberar sentimientos reprimidos.

Compártalo con su pareja.

La parte más difícil de este ejercicio fue:

Aprendí:

<p style="text-align: center;">HOJA DE APOYO SESIÓN N° 13 SEXUALIDAD</p>

En un pizarrón o papelógrafo, apunten todas sus ideas sobre la siguientes preguntas y discútanlas en grupo. En caso de que no lo deseen así, las pueden desarrollar a solas en su cuaderno de trabajo:

¿Qué es sexo?

¿Qué pienso del sexo?

¿Qué me enseñó el abuso sobre el sexo?

Normas sexuales seguras (Toda sobreviviente tendrá algunas normas sexuales sobre lo que tolera o no).

SEGURO

INSEGURO

Compártalo con su pareja

La parte más difícil de este ejercicio fue:

Aprendí:

Compromisos que tomé:

**SESIÓN N° 14:
CAMBIO Y ASERTIVIDAD ORGULLOSA DE SI MISMA**

El cambio requiere de enorme dosis de voluntad y de valor. Al cambiar se cuestionan y desaparecen formas de actuar conocidas y hay una modificación en la identidad psicológica. Se transforman las relaciones y tal vez se modifique la posición que una guardaba en el mundo, así como los valores. Cambiar exige una especie de pérdida aunque al final del proceso las victorias y las ganancias las compensen. Durante este proceso surgen muchos temores, los viejos patrones obedecen a necesidades internas y puede haber resistencia a abandonarlos (Bass, Davis, 1988).

Si las sobrevivientes han llegado a esta parte del proceso, ya han podido medir su fuerza, su voluntad y empezar a experimentar el milagro de sanar. Así llamé a este proceso el día que un grupo que facilité terminó su período de tratamiento. María, una de sus integrantes, de 60 años, que cuando había ingresado casi no se movía por el reumatismo, bailaba ese día con la soltura de una adolescente. Viéndola girar en el centro del salón de terapia, con esa gran sonrisa en sus ojos, pensé que allí se había dado un milagro.

El cambio trae aparejado la independencia, el aumento de la estima, conciencia política, la denuncia, la defensa de los derechos personales y la asertividad.

Entiendo por asertividad la capacidad de expresar los sentimientos, necesidades, opiniones y límites de una manera respetuosa hacia la persona con quien se habla. Es una forma directa y transparente de comunicarse, usando un lenguaje no hostil ni ofensivo (Haseltine, 1990).

Cuando se trabajó la sesión sobre AUTOESTIMA y APRENDIENDO A DECIR NO, también se trabajó asertividad.

La adquisición de poder es una experiencia básica del cambio (Herman, 1992). Este es un buen momento de usar la disciplina de la sobreviviente para enfrentarse a cambios "controlados". Ejemplo, irse sola a la playa, o de campamento, o a los rápidos de un río, o tomar clases de defensa personal y enfrentar el peligro y la soledad con las nuevas destrezas adquiridas. Es una forma de reestructurar las respuestas fisiológicas y psicológicas al temor (Herman, 1992) por medio de la exposición voluntaria a este.

En esta etapa del proceso la sobreviviente ya no está controlada por su pasado. Aprender a amarse con sus experiencias, renunciar a parte de su identidad de víctima, ha sido un esfuerzo formidable de liberación.

**HOJA DE APOYO SESIÓN N° 14
ORGULLOSA DE SI MISMA**

Vuelva a leer los ejercicios de:

Sesión N° 2: ESTABLECIENDO UN SISTEMA DE APOYO

Sesión N° 3: CUIDAR DE SI MISMA

Sesión N° 4: AUTOESTIMA. CELEBRANDO LOS LOGROS

Escoja de los logros y fortalezas que apuntó, ¿cuáles quiere que sigan siendo parte de usted y cuáles quiere agregar?

Escriba una lista de sus deseos más importantes.

Describa las acciones a seguir para realizar estos deseos.

Imagine una historia en donde usted es la protagonista, atrevase a imaginar éxitos y logros.

De sus mecanismos de sobrevivencia, ¿cuáles constituyen una fortaleza actualmente y cuáles puede usar positivamente?

¿En qué tipo de acción social desea comprometerse en el futuro?

SESIÓN N° 15 DESPIDIÉNDOSE, GRADUACIÓN Y EVALUACIÓN

Durante el proceso grupal las sobrevivientes experimentan fuertes sentimientos de amistad, afecto y tal vez fue el primer lugar seguro de sus vidas.

Produce dolor abandonar este lugar y finalizar estos vínculos. Es un dolor distinto al sentido antes, es más bien un deseo de quedarse.

Durante las últimas sesiones hay que ir preparando a las sobrevivientes para esta finalización. Ellas generalmente desarrollan estrategias para seguir vinculadas, organizan paseos juntas a futuro, etc.

En esta sesión deben establecerse las fechas para el seguimiento grupal y la frecuencia con que se hará. Yo recomiendo tres seguimientos de uno a dos meses plazo y tres meses después.

También han desarrollado un profundo sentimiento de agradecimiento y afecto por la terapeuta. Esta despedida es una despedida también para ella. La alianza terapéutica es intensa, pero ahora más segura y menos ambivalente (Herman, 1992).

Algunas veces les pido que hagan cartas de despedida y las entreguen en esta sesión.

Si hay sobrevivientes que seguirán en terapia individual o en un grupo a largo plazo hay que enfatizar que esto no es una señal de poco valor o de mayor enfermedad. Se ha dicho durante todo el proceso que el camino de recuperación no es igual para todas.

Les advierto, también, que es posible que en otros momentos claves de su vida, cuando se casen, tengan los hijos o las hijas la edad que tenían ellas cuando fueron victimizadas, pueden ocurrir algunos problemas. Las estímulo a que pidan ayuda en ese tiempo dejándoles siempre la puerta abierta para que regresen cuando así lo necesiten.

Aun en los grupos de largo plazo o en la terapia individual de largo alcance, las resoluciones no son completas, en estos grupos cortos, un número indeterminado de participantes necesitará continuar con su tratamiento.

Algunos criterios que nos indican el grado de resolución y que pueden ser útiles en nuestra evaluación del proceso de las sobrevivientes, se anotan a continuación según aparecen en el libro de Judith Herman "Trauma y Recuperación".

"Toma criterios de Mary Harvey, que definen elementos para considerar que el trauma está solucionado:

1. Los síntomas fisiológicos del desorden de estrés postraumático han sido colocados dentro de límites manejables.
2. La persona es capaz de tolerar los sentimientos asociados a los recuerdos traumáticos.
3. La persona tiene autoridad sobre sus recuerdos: puede elegir recordar el trauma o hacer a un lado su recuerdo.
4. El recuerdo del hecho traumático es una narración coherente, ligada al sentimiento.
5. La autoestima dañada de la persona ha sido restaurada.

EJEMPLO DE UNA CARTA DE DESPEDIDA:

Setiembre, 1992

"Querida Doctora:

Profundamente agradecida le escribo ahora, de esta manera quiero dar testimonio de la labor que está llevando a cabo con las mujeres que como yo, en diversas formas han sido agredidas.

Quiero agradecer al cielo por haberme puesto en el lugar y en el camino correcto.

Ingresé al grupo en 1990 en completa crisis, mente, cuerpo, alma y corazón enfermos. Yo sentí estar al borde de la locura, algo malo ocurría dentro de mí, pero yo no sabía qué era.

El desequilibrio emocional era evidente, me dejaba llevar por el confuso impulso de hacer y decir cosas. Recuerdos repentinos horribles se venían acompañando mi vida. Hacía pasar muy malos ratos a mi querida familia con mi conducta.

Aprendía cuidar de la niña escondida y asustada dentro de mí. Cada semana descubría un mecanismo nuevo, poco a poco aprendí a cuidar de mí misma y la única forma en que el pasado regresa, es si yo lo permito.

Ojalá que todas las personas que están en situaciones similares a las mías, acudan a este tipo de tratamiento y puedan evitar llegar a depresiones que puedan causarle daños irreparables.

Soy una sobreviviente, mi meta es continuar firme y nunca más permitir ser humillada, agredida y menos, nunca más abusada sexualmente.

MARÍA".

EVALUACIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO

EJEMPLO DEL GALARDÓN:

"Te mereces por tu valor, fuerza y honestidad el reconocimiento de todas las personas que te acompañamos en este proceso.

Te felicito por ser quien eres, por haber podido transformar el dolor en valor y amor para ti. "

ANEXO

ANEXO ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE INCESTO Y ABUSO SEXUAL

La prevalencia del incesto, el abuso sexual y la violación de nuestras niñas y adolescentes latinoamericanas constituye una gran preocupación para quienes trabajamos en el campo de la salud mental.

Muchos estudios (Batres, 1997; Herman, 1992) evidencian que la exposición de las niñas y las adolescentes a los efectos devastadores del incesto afectan su desarrollo, trastornan sus expectativas sobre el mundo y sobre los demás, y alteran su sentido de integración personal. También, intervienen en su relación con sus padres, familia, escuela, amigos (as) y pareja.

El incesto involucra a personas queridas, lo que representa complejos dilemas en las familias en donde ocurre. No denunciar la situación es muchas veces una salida esperada.

Las niñas y adolescentes que viven o están saliendo de la experiencia incestuosa se ven obligadas a hacer grandes esfuerzos de sobrevivencia. Estos esfuerzos se redoblan cuando el ofensor vive en el hogar, aún después de la denuncia. El convivir con el abusador es un recordatorio traumático diario (Pynoos, 1994).

La revelación suele ser un agravante para la niña o la adolescente, pues ella queda sola frente a las alianzas que el ofensor empieza a establecer, especialmente en los casos de incesto padre/hija. El padre se siente muy amenazado cuando su castillo se resquebraja ante la revelación del abuso. Este es el momento en que la adolescente está más vulnerable.

Aflicción es un término que he encontrado adecuado para estos casos. Interpreta el conjunto de síntomas tanto somáticos como psicológicos como consecuencia del incesto y de otros abusos sexuales.

Estas manifestaciones son el producto de los extraordinarios esfuerzos que las víctimas tienen que hacer para crecer y conservar algún sentido de esperanza en un ambiente disfuncional, es decir, en un ambiente de abuso, de terror y de alerta permanente.

Una sobreviviente me contaba que su mejor regalo después de que el abuso finalizó "había sido ganar la noche". Al irse ella de su casa, por primera vez pudo dormir sin tener que observar la luz en el cuarto del padre. Cuando esta se apagaba, ella empezaba sentir terror al oír los pasos de él, que se acercaba, noche a noche, a abusar de ella.

La disociación es un mecanismo que acompaña a la pequeña víctima. En esa familia con experiencias profundamente patológicas, de la cual ella depende, esta adaptación psicológica es frecuente. Las formas más importantes de adaptación son la elaboración de defensas disociativas, el desarrollo de una identidad fragmentada y la regulación patológica de los estados emocionales (Herman, 1992).

El tratamiento de las adolescentes que han sido víctimas de incesto y de abuso sexual se desenvuelve a través de las tres etapas descritas en el Capítulo I. Estas son seguridad, duelo y reconexión.

La tarea de la primera etapa, la seguridad, se convierte en una meta primordial en el tratamiento de las adolescentes. La protección inmediata de la joven exige una intervención rápida para que el abuso no siga ocurriendo (Courtois, 1984).

El mejoramiento y la estabilización del ambiente son de vital importancia. El trabajo con la familia, especialmente la madre, es requisito para todos los modelos de tratamiento de adolescentes víctimas de abuso.

Todos estos componentes se traslapan en el trabajo clínico y su utilización son de gran ayuda en la conceptualización de la intervención terapéutica.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

En el trabajo con adolescentes, los objetivos principales son (Batres, 1997) :

1. Mejorar la habilidad para integrar emocionalmente y cognoscitivamente las secuelas del trauma del incesto y de otros tipos de abuso sexual, a través del proceso grupal.
2. Mejorar la autoestima por medio de la reclasificación cognoscitiva.
3. Desarrollar destrezas en la solución de conflictos, por medio de experiencias de aprendizaje estructuradas como representaciones teatrales, juegos de roles, escritura, etc., orientadas a resolver situaciones de abuso que las víctimas hayan identificado, con la finalidad de crear estrategias de protección futuras.
4. Ayudar a fortalecer la habilidad para pedir ayuda y apoyo en el futuro.
5. Ampliar la comprensión del abuso, de sus secuelas y de los mecanismos de curación de las adolescentes, sus madres y sus familias.

El tratamiento debe también considerar las fases de desarrollo que estén atravesando las adolescentes y adaptarse a estas. Dado que la terapia exige algunas habilidades cognoscitivas y elaboración de material inconsciente, recomiendo técnicas de juego que facilitan enormemente el desarrollo del proceso.

Para decidir si una adolescente victimizada tiene un perfil adecuado para ingresar al grupo, debe ser entrevistada previamente, seleccionada y preparada. Algunas de ellas necesitarán solamente pasar por un grupo como el que aquí describo, otras requerirán un proceso individual posterior más prolongado que preceda al grupal.

Según Courtois (1984), hay algunos factores de riesgo que agravarán el pronóstico a mediano y largo plazo. Estos tienen que ver con los siguientes eventos:

Cuando el abuso se inició tempranamente y estuvo acompañado de actos sádicos.

Cuando existieron amenazas de muerte o actos ritualistas.

Cuando el abuso duró muchos años y hubo varios perpetradores.

Cuando la familia no apoya ni cree a la víctima.

Hay otro factor que quisiera agregar y el cual he deducido después de trabajar con adolescentes víctimas por largos años y es :

Cuando el padre o hermano abusador permanece en el hogar, o cuando el abusador, ya sea un tío, primo u otro pariente es tratado como si no hubiese pasado nada y continúa relacionándose con la familia.

SECUELAS

Los traumas observados en las adolescentes son los mismos descritos para las niñas (Batres, 1997), pero suelen tomar características más notorias y extremas. Tienen grandes necesidades de independencia y han sido sometidas a la rígida autoridad del padre, en los casos de incesto padre/hija, o provienen de hogares con autoridad muy vertical. El abuso y la violación son por sí mismos situaciones constrictivas y violatorias que coartaron su libertad. Se observan en este período muchas conductas autodestructivas y socialmente señaladas, como la promiscuidad, el abuso de sustancias, los intentos de suicidio, las fugas del hogar y el enojo explosivo con la madre. Estas conductas están generalmente acompañadas de mecanismos de negación, la adolescente con frecuencia dice no encontrar "nada malo en lo que hace", ella solo está "siendo libre".

Las secuelas más visibles entre las adolescentes son la depresión y los intentos suicidas. Muchas veces, las víctimas son llevadas a terapia debido a un acto suicida o por presentar un síndrome depresivo, como se observa en el caso siguiente :

Marisa, de 14 años, con primer año de secundaria, proveniente de una familia de clase media, fue llevada a consulta porque un día, después del colegio, se tomó una cantidad considerable de pastillas ansiolíticas que tomó del botiquín de su madre. Fue encontrada por ella en estado de somnolencia, por lo que la llevaron al hospital en donde le practicaron un lavado gástrico. Confesó a la madre que sentía una gran tristeza y desesperación desde hacía años y que tenía guardado un secreto. A los 6 años había empezado a ser tocada en sus genitales por un tío materno. El abuso se prolongó hasta unos meses antes de la revelación, cuando el tío se enfermó.

Otra secuela frecuente en las víctimas adolescentes son los problemas escolares.

Los fenómenos disociativos, que alteran la memoria, obstaculizan el proceso de aprendizaje. Estos dificultan la fijación de la información y son un mecanismo útil para quien debe separar el sentimiento del recuerdo, tal como sucede en las personas sometidas a los traumas del incesto.

La disociación es un proceso mental que produce una inhibición en la conexión que la persona establece con sus pensamientos, sentimientos y acciones, es decir, con su sentido de identidad.

Durante el período en el cual la persona está disociada, cierta información no se asocia con otra, como normalmente ocurriría (Falconer, 1995).

Por ejemplo, durante la experiencia traumática, la persona puede disociar el lugar y la circunstancia del trauma para su memoria futura, como resultado se produce un escape temporal al miedo y al pánico del trauma, y en algunos casos, ocurren en la memoria fracturas de la experiencia. Como el proceso produce cambios en la memoria, las personas que se disocian, a menudo, afectan su sentido de identidad y su historia personal.

Sin embargo, existe un porcentaje alto de adolescentes víctimas de abuso que son alumnas perfectas.

Otras, por el contrario, se muestran distraídas, olvidan los contenidos de las clases y tienen pocos deseos de estudiar, con los consecuentes problemas escolares.

Las pesadillas traumáticas, los recuerdos intrusivos y los ataques de pánico, que son secuelas frecuentes, obstaculizan el rendimiento escolar.

Estas experiencias van acompañadas de profundos sentimientos de duda acerca de su inteligencia y capacidad, con el evidente efecto en la autoestima. Sobre todo porque la adolescente, como pasa con la adulta, no puede ver la conexión entre su fracaso escolar, el incesto o abuso sexual.

CASO

Judith, quien había sido víctima de abuso por su hermano desde los 5 años de edad, empezó a obtener malas calificaciones en sexto grado. Su maestra fue reemplazada por un maestro. Desde el primer día, ella sintió que él se le parecía a su hermano: autoritario, sarcástico y le gustaba poner en ridículo a las (os) alumnas (os). Cada vez que el maestro ingresaba a la clase, ella tenía dolor de cabeza, náuseas y no se podía concentrar, lo que despertaba cólera en el maestro, que con frecuencia se burlaba de ella.

Por años, Judith creyó firmemente que era tonta, certeza que emergió cuando asistió a terapia grupal, a los 25 años. No había podido hacer una carrera por sentirse no apta para estudiar, a pesar de que mostraba una inteligencia muy lúcida.

SECUELAS DEL INCESTO Y ABUSO SEXUAL QUE AFECTAN LA ACTIVIDAD ESCOLAR DE LAS ADOLESCENTES

<u>FUENTE</u>	<u>DESCRIPCIÓN</u>
Los disparadores	Alguien o algo recuerda a la víctima algún aspecto del abuso.
Memorias intrusivas	Los recuerdos del abuso vienen con la fuerza, dolor y sentimientos ocurrió, lo que paraliza la actividad o produce angustia severa.
Ataques de pánico	El miedo y el pánico aparecen en forma súbita, acompañados de gran ansiedad o síntomas fisiológicos, como taquicardia y sudoración.
Emociones negativas	El enojo, la frustración, el sentimiento de impotencia y el estigma inciden en sus deseos de estudiar y la hacen sentir tonta, culpable e incapaz de triunfar.
Conductas	La adolescente puede escapar de la escuela, está muy destructivas enojada con la autoridad y puede mentir para ocultar sus miedos o actuar como si nada importara.

Adaptado de "The Survivors Guide"; de Sharire A. Lee (1995).

INDEPENDENCIA EMOCIONAL

Con las adolescentes en tratamiento debe manejarse con mucho respeto su necesidad de independencia emocional.

Algunas de ellas muestran un claro rechazo a la autoridad, pero gran necesidad de amistades, por lo que el grupo es el espacio más adecuado para una aproximación con la terapeuta en un ambiente que le proporcione la posibilidad de establecer amigas (os) y compartir con iguales, sin estar en un binomio terapeuta-cliente, que resulta más amenazador.

La separación de límites de los padres, tarea vital en la adolescencia, debe ser reconocida y apoyada en la terapia con adolescentes y, sin duda, tiene su impacto en la terapia con adolescentes víctimas. Es usual que experimenten un proceso de aproximación y rechazo hacia la terapeuta, que se acentúa en las terapias a largo plazo. Por lo que la modalidad a corto plazo podría ser de mayor aceptación para la adolescente, que en ocasiones "toma sus vacaciones de la terapia" para regresar en otros períodos de su vida, en donde resurgen los conflictos, como me lo ha enseñado mi práctica clínica.

CASO

Silvia fue mi primera cliente adolescente y llegó a la consulta privada en forma individual para formar parte, posteriormente, del primer grupo de adolescentes que integré en 1990. Había sido victimizada desde los 4 años por su padre, acudió con su madre, Teresa. Silvia permaneció en este grupo, aún poco estructurado, hasta su finalización. Tiempo después, ante la aparición de nuevos síntomas como fue la "anorexia nerviosa"; regresó a otro grupo con mayor estructura, la anorexia cedió a la final del proceso grupal. Cuando el grupo fue cerrado, siguió un tiempo corto en terapia individual. Actualmente no asiste a terapia y ya no es una adolescente, tiene un buen nivel de vida, está casada y tiene una hija. "Los traumas quedaron atrás"; me ha dicho por teléfono cuando la llamo ocasionalmente.

Las adolescentes que acuden a un grupo se benefician mucho con el tiempo no estructurado antes o después de la sesión. Me refiero a la merienda, que tiene el significado de entregar cariño simbólico, pero que también le da la oportunidad de socializar su mundo de jóvenes. Es más, durante el desarrollo de las sesiones es bueno dar un tiempo a otros temas emergentes en sus vidas, como la celebración de fiestas de cumpleaños o paseos.

Por otro lado, la estructura grupal proporciona un continente que reduce la ansiedad y permite hablar y sentir sobre el incesto (Courtois, 1984).

Son útiles las técnicas de juego, dramatizaciones, pinura, hacer historias, dibujo, etc; descritas aquí, y cualquier otras creadas o puestas en práctica por las terapeutas, cuya creatividad será bienvenida en la terapia con adolescentes.

La educación sexual es un área indispensable para incluir en la terapia con adolescentes. Las adolescentes en general y las víctimas de abuso en particular no saben mucho sobre sexualidad y tienen ideas distorsionadas sobre esta, muchas impuestas por sus abusadores (Batres, 1997). O pueden estar abusando sexualmente de otros niños y niñas, asunto que siempre debe ser explorado.

Las adolescentes tienen muchas preguntas sobre la sexualidad y también distorsiones cognoscitivas que provienen de la cultura de grupo, a través de los mitos transmitidos verbalmente o de las omisiones sobre el tema y de los ofensores. Especialmente las adolescentes victimizadas, quienes han estado sometidas a manipulaciones de todo tipo por parte de sus ofensores, que les han producido "alteraciones cognoscitivas y emocionales hacia el mundo, traumas que distorsionan el concepto sobre sí mismas de su valor, de la visión del mundo, de sus capacidades afectivas" (Batres, 1997). Muchas de estas distorsiones se dan en el área de la sexualidad. Finkelhor ha denominado "sexualización traumática" y tiene que ver con esta forma errónea y dolorosa que la daña y que la adolescente aprendió sobre la sexualidad (Finkelhor y Browne, 1988).

La información sobre los procedimientos judiciales, si ellas deben ir a declarar a la corte, las ayudará a disminuir la ansiedad a la hora de enfrentarse con los muchas veces complicados y amenazantes procesos en las cortes (Batres, 1995).

Las víctimas de abuso sexual no tuvieron la oportunidad de desarrollar límites claros entre amor – abuso, sexualidad-abuso, tienen dificultades para discernir entre acercamientos físicos adecuados e inadecuados, por lo que es un tema que debe incluirse en las sesiones grupales (Crowder, Myers, 1993).

Algunas sesiones de este manual están diseñadas también para ayudarlas a establecer sus propios límites, para identificar las relaciones emocionales abusivas y construir relaciones constructivas con amigos (as).

Las relaciones con compañeros (as) se hacen más importantes en la adolescencia. Las jóvenes víctimas de abuso muchas veces han vivido muy aisladas, dado que sus sentimientos de estigmatización o la autoridad del padre las ha mantenido aisladas y pueden haber tenido dificultades para tener buenas relaciones con sus compañeros (as) (Batres, 1997, Berman, 1995). En algunos casos no pueden establecer relaciones sin asociarlas al sexo, como resultado de su proceso de sexualización traumática, lo que las convierte algunas veces en blanco sexual de sus compañeros o amigos (Berman, 1994).

Los cambios físicos que ocurren en la pubertad, la imagen corporal y los sentimientos sexuales y las relaciones con los muchachos son temas muy importantes para adolescentes victimizadas (Berman, 1994).

A la hora de desarrollar estos ejercicios es importante tomar en cuenta la historia sexual de las adolescentes y su desarrollo físico y emocional. A veces hay que hacerlo en sesiones individuales si las adolescentes desean tocar otros aspectos como orientación sexual y no desean discutirlo en el grupo. La terapeuta debe estar libre de prejuicios de género y haber trabajado su sexualidad para estar así mejor preparada a la hora de abordar estos temas.

Si se cree necesario se puede hacer una sesión con los padres no ofensores para informarlos sobre las discusiones de un tema para ellos probablemente difícil y así conocer sus valores, nivel de información y educación sexual (Berman, 1994). La experiencia me ha enseñado que los padres mal informados suelen boicotear este tema.

EVALUACIÓN

Evaluar el proceso del grupo utilizando métodos formales o informales es una actividad que ayudará a la terapeuta en el planeamiento de las sesiones grupales, en la decisión de propiciar intervenciones individuales con la adolescente o con ella y otros miembros de la familia.

En ocasiones, las adolescentes me han solicitado que participen en una sesión individual amigas o compañeras de trabajo, en quienes ellas confían. Dichas sesiones han resultado de gran utilidad para explorar áreas difíciles de verbalizar y en un ambiente en el que ellas se sienten seguras. Estas sesiones han afianzado los lazos de amistad y disminuido el sentimiento de falta de apoyo.

Algunos indicadores de cambio de comportamiento, además de los apuntados en este manual, que también pueden tomarse en cuenta y son señalados por Crowder y Myers (1993) son los siguientes :

Que la adolescente sea capaz de decir no a los acercamientos sexuales no deseados.

Que haya desarrollado mecanismos de seguridad y autoprotección satisfactorios.

Haber construido un sistema de apoyo, además del obtenido en la terapia, que incluye amigos (as), familiares o personas en contacto cercano con ella.

Haber desarrollado conciencia sobre sus capacidades y fortalezas.

Tener claro que la responsabilidad del abuso recae totalmente en la persona que lo cometió.

Tener un profundo sentimiento de esperanza y futuro.

Otras fuentes, como amigos (as), maestros (as), compañeros (as) de trabajo, familia, pueden ser consultadas para evaluar el progreso. Si la adolescente persiste con relaciones problemáticas con sus iguales, abuso de alcohol o drogas, relaciones sexuales destructivas o problemas familiares severos, debe considerarse la necesidad de terapia individual después de que la adolescente termine el proceso grupal.

Esta segunda edición del manual contiene un anexo con 4 sesiones, las cuales han sido diseñadas específicamente para el trabajo con víctimas adolescentes mujeres, a lo largo de las tres fases de la recuperación.

La sesión No. 13 será sustituida por la No. 16, ya que la primera fue construida para trabajar con adultas.

SESIÓN N° 16 MI CUERPO CAMBIA, ME PERTENECE Y LO RESPETO

Inicie la sesión con música suave y con algunos ejercicios de relajación.

Seguidamente solicite al grupo que haga los siguientes ejercicios:

Dibuja tu cuerpo y señala tus partes privadas con su nombre correcto.

Contesta las siguientes preguntas:

Siento que mi cuerpo es _____

El abuso hizo que me sintiera con mi cuerpo

Con el sexo _____

Pienso que el sexo es _____

En círculo y tomando como referencia nombres de artistas o conocidos pueden hablar de problemas del cuerpo como anorexia, bulimia, cortarse.

Un ejercicio dirigido a respetar el cuerpo y amarlo puede ser muy importante.

Contesta las siguientes preguntas y complete las frases.

Voy a cuidar mi cuerpo _____

Voy a mejorar lo que pienso y siento de mi cuerpo haciendo

¿Qué quiero saber sobre mi cuerpo y nunca he preguntado?

¿Qué quiero saber sobre sexo y nunca he preguntado?

SESIÓN N° 17 NOVIOS RELACIONES CONSTRUCTIVAS

Las adolescentes pueden hacer un collage usando imágenes y textos de revistas, libros y periódicos para expresar los peligros de la sexualidad, como el embarazo, el SIDA, etc. También puede utilizarse una película o una experta externa puede dar una charla acerca del tema.

Las adolescentes victimizadas pueden involucrarse en relaciones destructivas, dada su baja autoestima y sus ideas erróneas sobre el amor y el sexo, producto de haber sido tratadas como objetos sexuales.

Contesta las siguientes preguntas :

¿Sentís presión de tus amigos (as) para tener novio o amigos "con derechos"?

Si tenés una pareja, ¿cómo manejas tus atracciones sexuales?

Si has tenido sexo o lo estás teniendo ahora, ¿Cómo sentistes o te sentís?

Señala si tomás precauciones cuando:

Tu amigo o novio:

- te impide tener amigos (as) _____
- habla mal de tu familia _____
- te insulta _____
- te ha pegado _____
- sale con otras mujeres en planes románticos - no te deja cortarte el pelo _____
- te indica cómo vestirse o maquillarte _____
- critica tu forma de ser, pensar o tu cuerpo _____

Vos crees que el respeto significa:

A continuación aparece un listado acerca de las características de las buenas y malas parejas. Piensa en tu novio y dale un puntaje de 1 si lo cumple y 0 si no. Suma y si obtienes más de 3 puntos, discútelo en el grupo.

Características de las buenas parejas

Una buena pareja es alguien que:

- a. le gusta exactamente tu manera de ser
- b. respeta tus pensamientos y sentimientos
- c. es siempre honesto contigo
- e. te acepta cuando estás enferma
- f. le importa qué es lo que vos querés hacer
- f. no tomaría ni alcohol ni drogas
- g. no te golpearía
- h. sería amable con tu familia y amigos (as).

Características de las malas parejas

Una mala pareja es alguien que:

- a. podría mentir por vos
- b. podría asustarte o golpearte
- c. podría burlarse de tus ideas y sentimientos
- d. podría tratar de obligarte a hacer cosas que no querés hacer
- e. podría robar, tomar o ingerir drogas

- f. podría ser rudo con tu familia o amigos (as)
- g. podría animarte a que abandones la escuela o no hagas tus tareas.

Límites sexuales

Aprender hasta dónde las personas y vos deben acercarse sexualmente es bueno para tu seguridad. Es importante conocer tu opinión.

Señalá las conductas que son aceptables para vos: _____

Tocar a una persona del sexo opuesto _____

Tocar a una persona del mismo sexo Besar a una persona del mismo sexo Besar a una persona de otro sexo _____

Desnudarse _____

Ver pornografía con adultos _____

Ver pornografía con niños (as) _____

Violar _____

Tocar los genitales _____

Prostituirse _____

Sexo oral _____

**SESIÓN N° 18
AMIGOS (AS)**

Los amigos y las amigas deben ser personas que te apoyen. El siguiente cuestionario te ayudará a saber quiénes son tus amigos (as).

Contesta las siguientes preguntas :

¿Qué es un amigo o amiga?

¿Cuáles son las características de un buen amigo (a) y de un mal amigo (a) ?

Ejemplos de las características de los buenos (as) y malos (as) amigos (as)

Características de los buenos (as) amigos (as) :

EJEMPLOS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS BUENOS (AS) Y MALOS (AS) AMIGOS (AS)

Características de los buenos (as) amigos (as)

1. Los buenos (as) amigos (as) realmente se preocupan por vos y :
 - a. escucharán sobre cómo te sentís y no se burlarán de ello
 - b. nunca te harán daño intencionalmente incluso si vos los herís accidentalmente
 - c. serán considerados (as) sobre lo que te gusta.
2. Los buenos (as) amigos (as) te animan a hacer cosas constructivas (cosas que son buenas para vos) y :
 - a. te ayudan si estás en problemas, incluso si están ocupados (as) o enojados (as) contigo
 - b. te animan a enfrentar tus problemas sin importar qué tan terribles sean
 - c. te dicen la verdad y vos les decís la verdad
 - d. hablan contigo después de haber peleado contigo y siguen siendo tus amigos (as)
 - e. guardan tus secretos, excepto para contarlos a alguien que te ayudará

Características de los malos (as) amigos (as) :

1. A los malos (as) amigos (as) vos realmente no les importás y :
 - a. Hieren tus sentimientos intencionalmente
 - b. dicen cosas groseras sobre vos a tus espaldas pero pueden ser buenos (as) contigo cuando los encontrás cara a cara
 - c. mienten sobre vos
 - d. cuentan tus secretos cuando están enojados (as) contigo
2. Los malos (as) amigos (as) sacan provecho de vos y :
 - a. rompen alguna regla y te culpan a vos
 - b. abusan de tu cuerpo

- c. te amenazan con no ser tu amigo (a) si vos no hacés lo que ellos (as) quieren
 - d. toman prestadas tus cosas sin pedirte permiso o no te regresan tus cosas cuando vos se lo pedís
 - e. te mienten o te animan a mentir para que te salgás de un problema
 - f. te dicen cosas bonitas solamente para hacer que vos les hagás sus tareas o para que les des dinero
3. Los malos (as) amigos (as) te animan a ser autodestructivo (a) al hacer cosas que te hacen daño y :
- a. te animan a que abandonés la clase porque no te gusta el (la) maestro (a)
 - b. te animan a tomar licor o tomar drogas cuando están solitarios (as) o tristes
 - c. te sugieren que huyás de tu casa cuando has peleado con tus padres
 - d. te sugieren que robés algo que querés pero que no tenés dinero para comprar
 - e. te animan a ser grosero (a) con alguien cuando te sentís triste o enojado (a)

SESIÓN N° 19
EL COLEGIO, ¿QUÉ NOS PASA?

A continuación aparecen algunas preguntas que harán que vos entendás un poco más sobre tu comportamiento en la escuela o colegio.

En la escuela me siento

Estoy atenta

Estoy distraída

Me distraigo porque

Me enoja que

Me asusto porque

Soy buena alumna porque

BIBLIOGRAFÍA

Bass, Ellen y Davis, Laura. 1988. **The Courage to Heal**. New York: Harper and Row, Publishers.

1. Batres, Gioconda. 1987. "Las mujeres y la salud mental". En : **Revista Opinión Médica**, oc-nov. San José: Publicación del Colegio de Médicos y Cirujanos.
2. Batres, Gioconda y Claramunt, Cecilia. 1987. **La violencia contra la mujer en la familia costarricense**. San José: ILANUD. Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica.
3. Batres, Gioconda. 1992. **Compilación bibliográfica sobre madres de víctimas de incesto**. San José: ILANUD. Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica.
4. Batres, Gioconda. 1993. **La silla de la verdad. Libro de apoyo para niñas y niños testigos**. San José: ILANUD. Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica.
5. Batres, Gioconda. 1994. **Tratamiento grupal para sobrevivientes de incesto**. San José: ILANUD. Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica.
6. Batres, Gioconda. 1995. **Abordaje y tratamiento del incesto**. Ponencia presentada al Congreso Regional Norte de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA). Ciudad de Guatemala.
7. Batres, Gioconda. 1997. **Del ultraje a la esperanza. Tratamiento de las secuelas del incesto**. San José: ILANUD. Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica.

Berman, Pearl. 1994. **Therapeutic Exercises for Victimized & Neglected Girls : Applications for Individual, Family, & Group Psychotherapy**. Sarasota, FL: Published by Professional Resource Exchange, Inc.

Blume, Sue. 1990. **Secret Survivors**. New York: Ballentine Books.

Briere, John. 1984. **The Effects of Childhood Sexual Abuse on Later Psychological Functioning: Defining a Post-sexual Abuse Syndrome**. Paper presented at the Third National Conference on Sexual Victimization of Children. Children's Hospital National Medical Center, Washington, D.C.

Burgos, Nilsa; Sharratt, Sara; y Trejos, Leda. 1988. **La mujer en Latinoamérica: perspectivas sociales y psicológicas**. Buenos Aires: Editorial Humanista.

Buttler, Sandra. 1985. **Conspiracy of Silence**. California: Volcano Press, Inc.

Courtois, Christine. 1988. **Healing the Incest Wound**. Washington: W.W. Norton and Company.

Courtois, Christine y Sprei, Judith. 1988. "Retrospective Incest Therapy for Women". En: **Handbook on Sexual Abuse of Children Assessment and Treatment Issues**. Lenore Walker (editora). New York : Springer Publishing Co.

Crowder, Adrienne y Myers, Judith. 1993. **Group Treatment for Sexually Abused Adolescents**. Holmes Beach, FL : Learning Publications, Inc.

Davis Laura. 1990. **The Courage to Heal**. Workbook. New York: Harper and Row, Publisher.

Finkelhor, David y Browne, Angela. 1988. "Assessing the Long-term. Impact of Child Sexual Abuse: A Review and Conceptualization". En: **Handbook on Sexual Abuse of Children Assessment and Treatment Issues**. Lenore Walker (editora). New York: Springer Publishing Co.

Forti, Laura. 1982. **La otra locura**. Barcelona: Tusquets Editores.

Haseltine, Beth y Peterson, Lynn. 1990. **A Facilitator Manual for Implementing a Support Group for Female Adolescent Sexual Assault Victims**. North Dakota: Red Flag Green Flag Resources.

Henderson, C., MacAllister, J., Shaw, B.; et al. 1990. **Standards for Services to Battered Women and their Children**. The Women's and Children's Treatment Committee. Colorado.

Herman, Judith. 1981. **Father-daughter Incest**. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.

Herman, Judith. 1992. **Trauma and Recovering**. New York: Basic Books Publishers.

Herman, Judith y Schatzow. 1984. "Time-limited Group Therapy for Women with a History of Incest." En: **International Journal of Group Psychotherapy**.

Gil, Eliana. 1988. **Treatment of Adult Survivors of Childhood Abuse**. California: Launch Press.

McCann, L., Pearlman, L., Sakheim, D., et al. 1988. "Assessment and Treatment of the Adult Survivor of Childhood Sexual Abuse within a Schema Framework". En: **Vulnerable Populations**. Suzanne Sgroi (editora). Vol. 1. Massachusetts: Lexington Books.

Meiselman, Karin. 1990. **Resolving the Trauma of the Incest : Reintegration Therapy with Survivors**. San Francisco : Jossey-Bass Inc., Publishers.

Pynoos, Robert, editor. 1994. **Posttraumatic Stress Disorder**. En: Posttraumatic Stress Disorder. A Clinical Review. Lutherville: The Sidran Foundation and Press.

Russell, Diane. 1986. **The Secret Trauma**. New York: Basic Books Inc., Publishers.

Russell, Diane. 1984. **Sexual Exploitation. Rape Child, Sexual Abuse and Work Place Harassment**. California: Sage Publications, Inc.

Rush, Florence. 1980. **The Best Kept Secret**. New York: McGraw-Hill Book Co.

Sanford, Linda. 1984. **Women and Self-esteem**. New York: Penguin Books.

Sgroi, Suzanne. 1982. **Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse**. Lexington, M.A.: Lexington Books. (incompleta)

The Sidran Foundation and Press. 1995. "Dissociative Identity Disorder (Multiple Personality Disorder)". En : **Trauma, Amnesia, and the Denial of Abuse**. Robert Falconer, et al (editores). Tyler, Texas: Family Violence & Sexual Assault Institute.

Watts, D. y Courtois, Christine. 1981. "Freud in the Treatment of Men who Commit Violence Against Women". En: **Journal of Counseling and Development**. Estados Unidos.

Este libro fue impreso en los talleres de la Ciudad Hogar Calasanz
Su portada fue impresa en cartulina
C 12 barnizable, el interior en papel bond 20.
San José, Costa Rica abril de 1998