

Diseño de la Portada:  
Diseño Alternativo, S.A.

Ilustración de la Portada:  
Grace Blanco

Diagramación Interna y Artes Finales:  
Diseño Alternativo, S.A.

Supervisión Litográfica:  
Diseño Alternativo, S.A.

Impresión:  
Tramacolor, S.A.

Edición:  
Ofelia Quirós y Ana Lucía Méndez  
1<sup>o</sup> edición

Patricia Blanco  
2<sup>o</sup> edición

Fotografía:  
Irene Peña

Revisión de estilo:  
Cecilia Acuña  
1<sup>o</sup> edición

Mauricio Meléndez  
2<sup>o</sup> edición

343.2  
B319s  
2. ed

Batres Méndez, Gioconda  
Del ultraje a la esperanza. Tratamiento de las secuelas del incesto  
/ Gioconda Batres Méndez. 2. ed., rev.- San José (Costa Rica):  
ILANUD. Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Do-  
méstica, 1997.

190 p.

ISBN - 9977-25-101-0

I. MUJERES. II. INCESTO. III. TRAUMA. IV. ABUSO SEXUAL  
INFANTIL. V. SECUELAS DEL INCESTO. VI. TERAPIA PARA  
VÍCTIMAS DE INCESTO. VII. DESORDEN DE LA PERSONALIDAD  
MÚLTIPLE. VIII. MADRES DE VÍCTIMAS DE INCESTO. IX. TRA-  
TAMIENTO PARA SOBREVIVIENTES MASCULINOS. 1. Título.

ESTA PUBLICACIÓN HA SIDO POSIBLE GRACIAS A LA COOPERACIÓN PARA  
CENTROAMÉRICA DE LA EMBAJADA REAL DE LOS PAÍSES BAJOS

# CONTENIDO

<b>Agradecimiento</b>	<b>IX</b>
<b>Presentación</b>	<b>XI</b>
<b>Prólogo</b>	<b>XIII</b>
<b>Introducción</b>	<b>XXI</b>
<b>Capítulo I</b>	
<b>Socialización</b>	<b>3</b>
1. La socialización	3
2. Biología y mujer	5
3. La construcción del pensamiento femenino	6
4. La construcción del patriarcado	7
5. Socialización y la terapia para las mujeres	9
5.1. Dilemas sobre la sexualidad femenina	11
5.2. Dilemas sobre la dependencia femenina	11
5.3. Conflicto y sobrecarga de funciones	11
5.4. Dilemas sobre la expresión de la ira femenina	11
6. Las secuelas de la socialización de las mujeres y los grupos	17
6.1. El énfasis en la vinculación	17
6.2. Papel de cuidadora	18
6.3. Las diferencias de poder	18
6.4. Dependencia	18
6.5. La culpa	18
6.6. La desvalorización	18
6.7. Conflictos relacionados con el desarrollo pleno de nuestras potencialidades	19
7. En la terapia de grupo	19

---

<b>Capítulo II</b>	
<b>Definiciones y estadísticas</b>	<b>23</b>
1. Definiciones sobre el incesto y abuso sexual infantil	23
1.1. Incesto	24
1.2. Abuso sexual	25
1.3. Violación por extraños	25
2. Estadísticas	25
3. Mitos	34
<b>Capítulo III</b>	
<b>Incesto y trauma</b>	<b>39</b>
1. Antecedentes	39
2. Síndrome de estrés post traumático complejo	42
2.1. Síndrome de estrés post traumático complejo	42
3. Otro criterio diagnóstico para el desorden de estrés post traumático	44
3.1. Desorden de estrés post traumático	44
4. La psicobiología de síntomas post traumáticos	47
4.1. Hiperexcitación	48
4.2. Intrusión	48
4.3. Constricción	49
5. Las secuelas del incesto	50
5.1. Secuelas del incesto y abuso sexual en adultas	51
<b>Capítulo IV</b>	
<b>Dinámicas, teorías sobre incesto</b>	<b>57</b>
1. Las dinámicas de la realización del incesto y el abuso sexual	57

---

1.1.	La fase de atracción	57
1.2.	La fase de interacción sexual	57
1.3.	La fase del secreto	57
1.4.	La fase de revelación	57
1.5.	La fase de supresión posterior a la revelación	57
2.	El síndrome de acomodo al abuso sexual infantil	60
2.1.	El secreto	60
2.2.	La impotencia	61
2.3.	El atrapamiento y el acomodo	61
2.4.	Divulgación retrasada, conflictiva y no convincente	61
2.5.	Retractación	62
3.	Otros enfoques teóricos y esquemas terapéuticos sobre el tratamiento del incesto	62
3.1.	La teoría feminista	62
3.2.	La teoría de las dinámicas traumatogénicas	63
3.3.	La teoría del desarrollo personal	66
3.4.	La teoría de los esquemas	68
3.5.	La teoría de la pérdida	70
3.6.	La teoría racional-emotiva	71
<b>Capítulo V</b>		
<b>Relación terapeuta-sobreviviente</b>		<b>75</b>
1.	El papel de la (el) terapeuta	76
2.	La terapia con sobrevivientes de incesto	78
2.1.	Represión	79
2.2.	Disociación	80
2.3.	Negación	80
2.4.	Proyección	80
2.5.	Racionalización	80
2.6.	Regresión	80
2.7.	Actos autodestructivos	80

---

3.	Transferencia	81
4.	Transferencia traumática	81
5.	Contratransferencia traumática	83
6.	Identificación proyectiva	85

## **Capítulo VI**

### **Las etapas de la recuperación en los síntomas traumáticos**

**89**

1.	La recuperación de síntomas traumáticos	90
1.1.	Primera etapa: seguridad hoy	90
1.2.	Segunda etapa: recuerdo y duelo	92
1.3.	La tercera fase: reintegración y revaloración	97

## **Capítulo VII**

### **Metodología para preservar la memoria grupal**

**103**

1.	¿Por qué un grupo?	104
2.	Las técnicas y estrategias terapéuticas	106
2.1.	Técnicas de expresión	106
2.2.	Biblioterapia	106
2.3.	Escritura	107
2.4.	Técnicas de autonutrición	107
2.5.	Técnicas psicoanalíticas	107
2.6.	La relajación y la hipnosis	107
2.7.	Manejo de la ira, el suicidio y la automutilación	108
2.8.	Cursos de entrenamiento y actividades fuera del grupo	108
3.	El género de la (el) terapeuta y el número de facilitadoras (es)	108
4.	El proceso terapéutico grupal	109
4.1.	Las historias	110
5.	¿Cómo hacer terapia en la segunda fase de la recuperación?	111

**Capítulo VIII****El desorden de la personalidad múltiple 125**

1. Antecedentes 125
2. ¿Qué es personalidad múltiple? 127
  - 2.1. Criterio de diagnóstico para el desorden de personalidad fronteriza 127
  - 2.2. Criterio de diagnóstico para desorden de identidad disociativa o desorden de personalidad múltiple 128
  - 2.3. Criterio de diagnóstico para el desorden de despersonalización 129
  - 2.4. Criterio de diagnóstico para fuga disociativa 130
3. Otras dificultades en el diagnóstico 133
4. Hallazgos del examen mental en pacientes con DPM 135
5. La personalidad huésped y las personalidades alternas 136
  - 5.1. La personalidad huésped 136
  - 5.2. Las personalidades alternas 137
  - 5.3. La historia de O. 137

**Capítulo IX****Las madres 143**

1. Reacciones de las madres después de la revelación del incesto 145
  - 1.1. Anestesia emocional 145
  - 1.2. Alejamiento e incredulidad 145
  - 1.3. Ira 145
  - 1.4. Negación 145
  - 1.5. Culpa 146
  - 1.6. Traición 146
  - 1.7. Minimizar 146

1.8.	Deseos de venganza	146
1.9.	Deseos de protegerlo	146
1.10.	Odio	146
1.11.	Repulsión	146
1.12.	Duda, confusiones	147
2.	Cuando el hijo es la víctima	147
3.	Apoyo para las madres	147
4.	Grupo para madres de víctimas de incesto	148

### **Apéndice**

#### **Tratamiento para sobrevivientes masculinos 153**

1.	La terapia sensible al género	153
2.	Las (os) terapeutas	155
2.1.	El poder	155

#### **Bibliografía 159**

## AGRADECIMIENTO

*Este libro es el fruto de un minucioso y comprometido trabajo en el que participaron muchas personas.*

*Entre ellas la Licda. Ofelia Quirós Araya, consultora del proyecto quien tuvo a su cargo la edición del libro, proporcionándome un apoyo inapreciable, más allá de lo formal que me dotó de luces.*

*Lucinia Cordero Calderón, digitadora del rompecabezas inicial -que fue el manuscrito original- y aprendió de los síndromes post traumáticos.*

*Ana Lucía Méndez, quien tuvo a su cargo la digitación del manuscrito final haciéndolo con el cariño y el orden que caracterizan su trabajo.*

*Licda. Flor del Carmen Portuguesez, compañera de equipo, quien asumió algunas de mis funciones para permitirme tiempo necesario y así dedicarme a escribir. Ha sido, además, una queridísima amiga que siempre ha creído en mi trabajo.*

*Licda. Cecilia Acuña, correctora de estilo, quien con gran compromiso y afecto ha sido una acompañante importantísima en el proceso.*

*Las traductoras (or) del material bibliográfico: Flora Castro, Rocío Molina, Tomás Zeledón y Lucy Quesada, labor imprescindible para la elaboración del libro.*

*El Dr. Rodrigo París Steffens, director del Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente (ILANUD), quien me estimuló, con su respeto por mi trabajo.*

*M.Ph. Tatiana Facio, subdirectora del ILANUD, quien cree en los temas expuestos en las páginas del presente libro.*

*Grace Blanco, quien aportó su creatividad y sensibilidad para la portada.*

*El Dr. Francisco Jiménez, el Dr. Ronald Ramírez y la Licda. Constanza Rangel, quienes leyeron el manuscrito e hicieron observaciones importantes que enriquecieron los contenidos.*



*Dra. Sara Sharratt, amiga y maestra, quien me dio la llave para abrir mi conciencia al conocimiento del género y al amor por las víctimas de la violencia doméstica .*

*Las integrantes de los grupos que llenaron este libro con su sabiduría y ternura.*

*La autora*

## PRESENTACIÓN

*El Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente (ILANUD) se complace en presentar a la comunidad latinoamericana esta publicación sobre el grave y acuciante problema de las víctimas del incesto y del abuso sexual en la región.*

*La producción de esta obra está enmarcada dentro de los principios que sustentan el quehacer de la institución, como es el mejoramiento de los sistemas de justicia y la efectiva observancia de los derechos humanos y su vinculación con el desarrollo social y económico de los países de América Latina.*

*Sin duda alguna, sus contenidos contribuyen al logro de los objetivos del Instituto, en la medida que es un instrumento que brinda elementos teórico-conceptuales para la comprensión de una forma específica del irrespeto a los derechos humanos de la mujer y la niñez, por lo cual los conocimientos que aquí se incluyen, son de gran valor para todos aquellos procesos de capacitación sobre violencia doméstica, entendida esta como un delito que es necesario prevenir y tratar.*

*Es de sumo interés para la Dirección General que este valioso material contribuya a la realización de un necesario cambio de actitudes y valores, donde se tomen en cuenta las secuelas del incesto y se constituya un nuevo paradigma, tanto en la administración de justicia como en el indispensable abordaje terapéutico de las víctimas.*

*Me es muy grato hacer un reconocimiento a la Embajada Real de los Países Bajos para Centroamérica, que ha brindado apoyo financiero al ILANUD, desde hace más de tres años, para la ejecución del Programa Regional de Capacitación en Violencia contra la Mujer y la Niñez y sus Derechos Humanos en Centroamérica, SV005601, lo cual ha hecho posible la presente publicación, que servirá de material de estudio y de investigación en los países de la región.*

*Insto a todos aquellos que por su sensibilización e interés profesional o personal se han preocupado por el conocimiento de las causas, dinámicas, secuelas y tratamiento del incesto, a hacer una nueva lectura del tema a través de las páginas de la presente obra.*

*Rodrigo París Steffens PH. D.  
Director General*

## PRÓLOGO

*Conocí a la Dra. Gioconda Batres en 1986, cuando impartí en Costa Rica uno de los cursos de posgrado sobre Estudios de la Mujer. Ella era la única psiquiatra del grupo y como psicóloga clínica que soy, reconocí un lenguaje común para comunicarnos. Poco tiempo después, al iniciarse lo que es hasta hoy una profunda y solidaria amistad, comprendí que nuestro encuentro marcó para Gioconda el término de un viaje solitario en sus cuestionamientos profesionales de la psiquiatría tradicional en especial lo concerniente a la mujer y su representación. Este era el mismo camino solitario que años atrás yo había recorrido. Entonces comenzó para ambas un viaje profesional, acompañado por la amistad y la profunda compenetración intelectual. Desde esa fecha hemos trabajado en varios proyectos conjuntamente y nos hemos apoyado en nuestras luchas y en nuestros recíprocos conocimientos.*

*En Costa Rica, la Dra. Batres se ha convertido en la pionera del tratamiento de la violencia en contra de mujeres y niñas (os) desde la perspectiva que ellas (os) son también seres humanos con su propia verdad que relatar. Ha demostrado sus profundos conocimientos clínicos en estos campos. Pero más importante aún, ha tenido el valor para explorar lo inexplorado y el coraje para confrontar las injusticias cometidas en contra de las (os) sobrevivientes de abuso.*

*Este es el primer libro sobre el incesto y su tratamiento en Costa Rica. Está basado en años de estudio y reflexión y en la extensa experiencia clínica de la Dra. Batres. Con este esfuerzo, ella entrega sus conocimientos a la comunidad, y sin duda, busca acabar con la soledad de muchas (os) colegas, prevenir el de otras (os), enriquecer el conocimiento de expertas (os) y no expertas (os) y potencial o directamente, impactar la vida de miles de mujeres y niñas (os) que no tendrán que pasar más por la negación de su ser y su dignidad. Este será un excelente libro de referencia para estudiantes, terapeutas novicias (os) y expertas (os) sobre todo, para todas (os) las (os) profesionales que trabajen con víctimas y sobrevivientes de abuso sexual.*

*La extensa experiencia clínica de la Dra. Batres contribuye a marcar la pauta para psicoterapias relevantes en el contexto cultural latinoamericano.*

*El contenido de los temas tratados en el presente libro por la autora es muy extenso. En el primer capítulo examina la socialización como identidad conformada y describe la terapia «género sensitiva» la cual reconoce lo social como gran contribuyente de la salud mental de las (os) niñas (os) y de las mujeres. Esto coloca su posición dentro de un marco psico-social imprescindible en el trabajo con sobrevivientes de incesto y abuso sexual.*

*En el segundo capítulo define el incesto desde la perspectiva de la víctima y el correspondiente daño causado y la autora se ubica en una posición claramente informativa, apoyante y humana con la (el) sobreviviente.*

*En el tercer capítulo, desarrolla concisamente los diferentes antecedentes, consecuencias y síntomas del trauma. Incluye el complejo síndrome del estrés post traumático del incesto y sus secuelas específicas. Este análisis está basado en las propias investigaciones de la autora realizadas en Costa Rica entre 1992 y 1995 con cien casos de su práctica privada. Reafirma en este capítulo su calidad de investigadora y psicoterapeuta y la necesidad de integrar ambas facetas en profesionales del campo de la psiquiatría y la psicología. En el cuarto capítulo la Dra. Batres nos recuerda que el daño y los efectos del incesto y del abuso sexual son complejos, paradójicos y a veces aparentemente ilógicos. Su lectura es esencial para profesionales trabajando con víctimas y sobrevivientes pues la autora sintetiza y elabora las teorías sobre los impactos del incesto identificándose ella dentro de la perspectiva de los síndromes traumáticos.*

*En el capítulo quinto presenta el uso de estrategias específicas, en su relación terapéutica y lo hace desde su experiencia, entrenamiento y calidad humana, con claridad de lo que debe ser una verdadera y buena terapia. En el siguiente capítulo describe las etapas de la recuperación. También plantea el difícil problema de especificar lo que constituye la curación o la recuperación.*

*En el séptimo capítulo narra su original metodología para preservar la memoria grupal y estructurarla. Lo ilustra con un grupo de seis participantes que se enfrentan al dolor y al recuerdo durante la segunda fase de recuperación a través de 24 conmovedoras sesiones.*

*El capítulo octavo lo dedica al desorden de la personalidad múltiple, frecuentemente asociado con el trauma sexual. Este capítulo es muy importante dada la necesidad de mayor conocimiento en Latinoamérica sobre estos desórdenes de disociación. Muchas de las observaciones se basan en cinco casos diagnosticados y tratados en su práctica profesional.*

*En el último capítulo describe a las madres, sus reacciones, sus necesidades. Es una guía muy útil para estructurar un grupo de madres de víctimas del incesto. En su análisis numerosos mitos sobre las madres son destruidos por la Dra. Batres.*

*La obra incluye al final un apéndice con sugerencias para el tratamiento adecuado a sobrevivientes masculinos que apunta las similitudes y diferencias propias de las sobrevivientes femeninas. El esfuerzo notable de la Dra. Gioconda Batres plasmado en esta publicación colma vacíos, rompe silencios, provoca reacciones, informa y educa. Obliga a mirar de frente realidades que nos disgustan y ofrece vías de alivio para el dolor y la humillación más cruel e infame de los abusos de poder.*

*Por todo ello, merece nuestro más cálido reconocimiento y apoyo.*

*Sara Sharratt, Ph.D.  
Enero, 1997*

*Este libro lo dedico a mi hijo,  
Federico, y a mi hija, Sara, a  
quienes he amado con el me-  
jor de mis amores.*

*El cuento: «El vestido nuevo del emperador», de Hans Christian Andersen es muy conocido. En este el emperador desfila frente a sus multitudinarios súbditos y súbditas, convencidas de que su soberano vestía sus mejores galas, cuando en realidad desfilaba desnudo.*

*Una niña, dentro de esa multitud tuvo el valor de expresar: «Pero si está desnudo».*

*Esta narración hace referencia en forma muy clara a una premisa básica en la adquisición del conocimiento: la realidad es subjetiva y está dominada por el poder, lo cual hace que creamos en las palabras de los poderosos como si estas fueran una verdad absoluta.*

*G.B.M.*



*El cuento: «El vestido nuevo del emperador», de Hans Christian Andersen es muy conocido. En este el emperador desfila frente a sus multitudinarios súbditos y súbditas, convencidas de que su soberano vestía sus mejores galas, cuando en realidad desfilaba desnudo.*

*Una niña, dentro de esa multitud tuvo el valor de expresar: «Pero si está desnudo».*

*Esta narración hace referencia en forma muy clara a una premisa básica en la adquisición del conocimiento: la realidad es subjetiva y está dominada por el poder, lo cual hace que creamos en las palabras de los poderosos como si estas fueran una verdad absoluta.*

*G.B.M.*

## INTRODUCCIÓN

*En nuestro país la enseñanza de la psicología y la psiquiatría ha estado carente de los conocimientos necesarios formales en su relación con las experiencias de las mujeres, sobre todo de las mujeres agredidas tanto física, como psicológica y sexualmente. El mismo fenómeno ha sucedido en el tema de la violencia sexual contra las niñas y los niños, especialmente para las víctimas de incesto. El conocimiento que existe al respecto está plagado de equivocaciones. Lo que sí se ha logrado en el transcurso de los años, con esta omisión es que estos profesionales adquieran una conciencia de la inconciencia sobre el fenómeno de la ocurrencia de la violencia contra las niñas, los niños y las mujeres, aplicando por lo tanto elementos terapéuticos equivocados, los cuales en vez de producir curaciones, han acentuado el sufrimiento de las esperanzadas y esperanzados clientes que concurren a sus consultorios.*

*Esto no es un asunto frecuente solo en Costa Rica. En la región centroamericana, la academia también ha estado con los ojos cerrados a la existencia de dicho fenómeno. Nada de esto es casual, pero si causal.*

*Yo fui producto de este silencio científico. Socializada en el nivel primario y secundario por la flor y nata de las tradiciones (educación religiosa). Me formé académica y adecuadamente para estos propósitos en la Universidad Nacional Autónoma de México y en el Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica.*

*Durante mi residencia en el Hospital Psiquiátrico, adquirí conciencia de que la visión del mundo y la psiquiatría aprendidas, que eran «las que debían ser», no respondían adecuadamente cuando tenía una (un) clienta (e) para ser interrogada (o). El aprendizaje de los diagnósticos no me servían mucho en la comprensión de sus aflicciones y sus historias. En ese momento, solo atiné a volcarme a otras explicaciones, como la antipsiquiatría, lo cual me inducía a una gran paradoja, pues había invertido doce años de mi vida entre libros y hospitales para ser psiquiatra. Así fue como me gradué y empecé la práctica hospitalaria y la consulta privada. La primera me enseñó, entre otras cosas, que el sistema de salud, tal como está concebido, no es adecuado para responder a las nece-*

*sidades de quienes acuden a él en búsqueda de algún tipo de curación. El tiempo para la consulta, solo deja espacio para efectuar unas cuantas preguntas, y basado en eso, la (el) profesional únicamente receta un sín-fín de pastillas, las cuales generalmente actúan mejor sobre la culpa del médico, que sobre la mente de la (el) clienta (e).*

*No obstante, la práctica me permitió conocer a muchos seres humanos llamados «pacientes psiquiátricos». Fue desde entonces cuando la antipsiquiatría se quedó corta y la psiquiatría no me alcanzó.*

*En el 1980 estaba en medio de muchas incertidumbres. Fue cuando el servicio de ginecología del hospital Max Peralta me refirió a una niña que permanecía en el hospital en espera de iniciar su labor de parto. Había sido violada por su padre, un campesino de la provincia de Cartago y la consecuencia de esa violación era el embarazo.*

*Me pareció un caso extraordinario por lo «raro de su frecuencia y lo atípico de su ocurrencia», es decir, como había leído en el libro de Freedman (1975) y otros textos utilizados en los estudios psiquiátricos, creía que el incesto padre/hija era bastante infrecuente y se daba en las clases de pocos recursos y baja educación.*

*Así, aquella historia me impresionó, lo que me motivó, a partir de ese momento, a tomar la decisión de iniciar una investigación con todas mis clientas mujeres, niñas y niños sobre posibles antecedentes infantiles de abuso sexual e incesto.*

*Mi sorpresa y mi dolor fueron inmensos y profundos. Cientos de historias de abuso sexual infantil y los fantasmas de abusadores padres, tíos, hermanos, amigos o vecinos, empezaron a desfilar por mi consultorio a través de los relatos de las clientas (es). Muchos de estos ofensores eran o habían sido mis clientes en alguna ocasión y nunca lo revelaron en la terapia.*

*Entonces, me atreví a interrogar desde esta perspectiva a mis clientes hombres. Fueron pocos los que en ese momento aceptaron esta experiencia como victimarios o como víctimas; eran tiempos cuando nadie hablaba de estos secretos; estas cosas, se suponía, no les sucedían a los varones.*

*Nació en mí una gran credibilidad por mis clientas que decían ser agredidas, empecé a fortalecerlas y apoyarlas, interrogué a sus esposos con la finalidad de encontrar la verdad.*

*A las que estaban siendo víctimas de abuso sexual, les creí sus historias. A sus madres les escuché su desesperación o sus miedos. A los abusadores los cité, aún con mi inexperta forma de proceder, suponiendo que tenía algún poder para detener tanto horror. Estaba al borde de la*

*desesperación, cuando me inscribí en un curso que se impartió en la Universidad Nacional, sobre mujer y violencia doméstica. Fue mi amiga y maestra la doctora Sara Sharratt, la que por primera vez me enseñó lo que debí aprender como residente de psiquiatría y fue ella la que marcó el inicio de mi dedicación al problema del incesto, de las mujeres agredidas y de la violencia doméstica.*

*Después de este curso recibido me sentí mucho más fortalecida para emprender alguna actividad sistemática y, entonces, decidí iniciar dos grupos: uno de adolescentes víctimas de incesto y otro con sus madres. La población que conformaba los grupos pertenecía a mi consulta privada. El grupo de adolescentes estaba integrado por cinco jovencitas entre los 14 y los 17 años, provenientes de todas las clases sociales, habían sido víctimas de incesto por parte de sus padres. Una de ellas tenía una hija producto del incesto, otra vivía aún con su padre y el resto se habían separado de los suyos. Ninguna había puesto la denuncia correspondiente ante los tribunales.*

*Las madres de todas ellas eran parte del otro grupo y fueron atendidas después de las hijas. Yo fui la terapeuta de ambos grupos. En ese tiempo no existía en Costa Rica una profesional entrenada, incluyéndome a mí, para que pudiese compartir conmigo aquella labor pionera. Incluso uno de los ofensores asistía a la terapia individual, en mi consulta. Yo sabía que esta no era una tarea para realizarla sola, pero sí tenía certeza de que, aun así, tenía que hacerla.*

*Esa experiencia me condujo a otra acción importante para llevar a cabo: adiestrar a un grupo de psicólogos (os), y trabajadoras (es) sociales, interesadas (os) en ser terapeutas de víctimas y sobrevivientes. Convocando por allí y por allá, logré que acudieran un número apropiado de participantes y en 1990 inicié dicho entrenamiento en la sede de la Fundación Paniamor, que me proporcionó espacio para ese fin.*

*Parte de su adiestramiento fue la escogencia de dos psicólogas para que, bajo mi supervisión, me asistieran, como coterapeutas en la terapia de adolescentes y sus madres. Ellas trabajaban con mucho entusiasmo, igual que el resto. En ese tiempo la necesidad de capacitar a profesionales de la salud era inmensa. Sintiéndome acompañada, surgió la más ambiciosa de mis ideas: crear una organización para el tratamiento, la capacitación y la investigación del incesto y el abuso sexual infantil.*

*Era el año 1991. Propuse a mis alumnas y alumnos esta gestión, la cual fue aceptada con gran compromiso. Me acompañaron en el reto: Roxana Volio, Cecilia Claramunt, Roxana Rojas, Silvia Orlich, Gabriela Echandi, Laura Chinchilla e Irene Gutiérrez.*

*Desde ese momento hasta hoy vicisitudes dolorosas nos han impedido continuar juntas, pero lo que construimos fue concebido como un tributo para las víctimas: “La Fundación Ser y Crecer”, que fue y sigue siendo una organización para ellas y por ellas.*

*A partir de ese mismo año he dirigido el programa regional de capacitación sobre el tema de violencia doméstica al interior del Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente (ILANUD). Este trabajo ha consistido en asistencia técnica, desarrollo de programas latinoamericanos para el tratamiento a víctimas adultas (os) e infantiles para la rehabilitación de ofensores físicos y sexuales, peritajes en juicios de niñas (os) víctimas de abuso sexual y mujeres agredidas. Se ha configurado una currícula para ser utilizada en la capacitación de jueces, de la policía y otros sectores como el de salud y administración pública, en Centroamérica.*

*Se ha producido, además, una gran cantidad de manuales y otros materiales bibliográficos para el tratamiento de apoyo para niñas (os), adolescentes y adultas (os).*

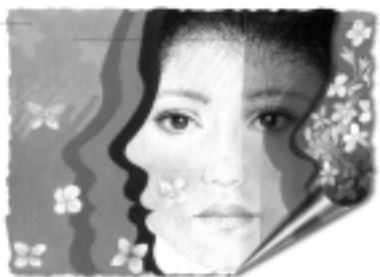
*He intervenido a lo largo de este recorrido, empezado en Cartago en 1980, en una gran cantidad de foros y eventos de capacitación, escuchando a muchas mujeres y hombres hablar sobre tratamiento. He visto surgir nuevas figuras y organizaciones; ondear nuevas banderas. Sinceramente me alegro mucho de que las cosas ya no sean tan solitarias como al principio.*

*Creo entonces que es el tiempo para publicar este libro, que dé oportunidad a las nuevas y viejas generaciones que así lo deseen, para obtener información actualizada en un solo volumen sobre el tratamiento de personas sometidas a la violencia doméstica, especialmente al incesto.*

*En su páginas se plasma mi propio estilo de hacer terapia y de concebir el problema. Modelo que estoy muy complacida de compartir, pues es el resultado de un largo camino como terapeuta, en donde algunas veces he errado; siempre he procurado hacer lo mejor posible en el acompañamiento a mis clientes tanto en sus éxitos y dolores como en los senderos de su recuperación. Aprendí de todo lo experimentado, pero más he aprendido de mis errores. Y este libro me da la oportunidad de entregar esas enseñanzas a todas y todos mis lectores. Gracias por su lectura.*

*La autora*

# I



## SOCIALIZACIÓN

En este primer capítulo es necesario definir «algunos conceptos que permitan comprender categorías como socialización y su impacto en la vida de las mujeres. Cuando se hace claro cómo opera la socialización, se ganan un sinnúmero de herramientas nuevas, que permiten entender los comportamientos, reacciones, emociones, dificultades y fortalezas durante la terapia de las mujeres.

Reconocer las paradojas que enfrentamos es tarea imprescindible para la (el) terapeuta. Algunas de ellas son irreductibles, otras no, pero siempre están presentes en las vidas de las mujeres en terapia.

La socialización es un proceso histórico durante el cual desarrollamos nuestra identidad personal y aprendemos nuestro género, confirmando así la forma de ser y percibirnos, así como la manera en que leemos la realidad. Desde esta perspectiva, contrapongo mi aporte en el presente libro, sobre todo a las posiciones que implican definir las determinaciones biológicas como base fundamental de la diferencia entre mujeres y hombres y los papeles que a unas y otros les «*corresponden*» desempeñar en la sociedad.

### 1. LA SOCIALIZACIÓN

La socialización es un complejo mecanismo en donde factores multi-causales intervienen y se superponen. El psicólogo Martín Baró afirma que esta es un proceso histórico a través del cual las personas: «*adquieren aquellas habilidades necesarias para adaptarse y asumen en una determinada sociedad*». (Martín Baró, pp. 114, 1995), pero también asumen las prohibiciones.

Para ello, experimentamos interacciones prolongadas lo que se traduce en que las actitudes sociales consideradas «*naturales y normales*» son aprendidas. El concepto de desarrollo de la identidad personal es uno de los atributos más importantes que adquirimos en el proceso de socialización. No

es un proceso dicotómico entre lo «externo y lo interno», sino que configura la forma de ser y de percibirse (Martín Baró, 1995).

O sea, la sociedad determina lo que somos y lo que hacemos por medio de la socialización y el control social. Vivimos en sociedades que son por sí mismas sistemas de control externo que introyectan dichos sistemas como deseable.

Histórica y culturalmente han sido asignados papeles a los hombres y a las mujeres. Un papel, según Berger, se define «*como una respuesta típica a una expectativa simbólica*» (pp.136, 1973). Además, los roles son los derechos y obligaciones que implican una posición social y genérica; estos informan a las personas acerca de las conductas que se esperan de ellas. Por ejemplo, la posición genérica de madre nos impone determinadas obligaciones y derechos diferenciados a los derechos y obligaciones que tiene la posición genérica del padre.

Este aprendizaje se da en un conjunto de relaciones humanas e institucionales. A través de estos procesos socializadores aprendemos nuestra identidad y nuestro género; la identidad no es algo determinado sino más bien construido socialmente (Berger, 1973).

La socialización ha sido dividida en primaria y secundaria por varios autores, incluido Berger (1968). La primera se refiere a nuestra pertenencia al mundo local y universal en el que vivimos, a las verdades enseñadas como objetivas, que es lo que se denomina lo real. La segunda es el proceso de incorporación de las personas a sectores específicos de la sociedad, como ser estudiante, campesina (o), profesional. (Martín Baró, 1995).

El proceso de conocer la realidad, por medio de la socialización, incluye el aprendizaje cognitivo que implica el aprendizaje de los significados sociales y los valores que sirven de marco de referencia. Con ellos se construyen los juicios emitidos (Berger, 1973).

Así, si un hombre aprendió que las mujeres deben quedarse en casa, cambiar esta forma de pensar costará mucho y esos juicios de valor obstaculizarán la incorporación de la mujer al trabajo. De la misma manera, una mujer cuyo aprendizaje fue que ser mujer y madre son sinónimos, sufrirá por el hecho de no concebir. Estos valores internalizados en el proceso de socialización constituyen su forma de evaluar la realidad.

La socialización, además, se apoya en la religión, la familia, la educación formal, los medios masivos de comunicación social, el lenguaje, la moral, los símbolos, los mitos, la ciencia y el engranaje que constituyen estas instituciones.



## 2. BIOLOGÍA Y MUJER

Las ciencias de la salud mental han utilizado el papel desempeñado por la biología como argumento en la determinación de las diferencias entre mujeres y hombres y los respectivos roles asignados para ambos. Este determinismo biológico ha traído como consecuencia teorías justificantes de las desigualdades.

Aunque la ciencia contemporánea afirma cada vez con mayor certeza, la presencia de reacciones químicas y genéticas como base de fenómenos conductuales, emocionales y procesos de pensamientos patológicos, este planteamiento no es lo mismo que utilizar tales conocimientos para defender el sexismo.

Investigaciones más recientes han corroborado que el lado izquierdo del cerebro está ligado a la actividad verbal y el pensamiento racional, en tanto que el derecho, a las emociones, habilidades musicales, la espiritualidad (Leigh, 1991). Esta asociación con sus diversas funciones, se llama lateralidad. Esto es científicamente válido, lo que constituye un concepto sexista es asociar lo femenino y lo masculino a estas funciones. Para trascender este sesgo de convertir en sexismo todo descubrimiento, Leigh (1991) en su artículo «*The politics of right and left*» establece varios elementos indispensables para analizar los estudios que se refieren a las diferencias entre los sexos. La autora afirma que:

*«Antes de comenzar un análisis detallado de la investigación sobre diferencias entre los sexos, se debe considerar la posibilidad de que las potencialidades de la mujer hallan sido acalladas por los estereotipos culturales.*

*Donde se ha invocado a la biología para que apoye tales estereotipos, esa biología debe ser examinada crítica y políticamente, particularmente en lo que corresponde a su lenguaje y a sus métodos de investigación. En este campo, parece ser útil aclarar viejos mitos y estereotipos culturales que carecen de bases sólidas; usar ejemplos contradictorios y exponen las inclinaciones políticas y demás inclinaciones de la investigación.*

*Un problema teórico muy importante en la investigación de las diferencias entre los sexos consiste en que su enfoque básico es hacia las diferencias. Al estudiarlas, se las magnifica y se oscurece a menudo el hecho de que ellas pueden ser los extremos conve-*

*nientemente estereotipados para encubrir con más amplitud las potencialidades y funciones. La investigación sobre las diferencias entre los sexos han servido más, por lo tanto, a estereotipar y oprimir a la mujer. Estas inclinaciones no establecidas sobre las que informan consistentemente estas investigaciones, se auto complementan: los investigadores encuentran lo que ellos esperaban e interpretan sus hallazgos en las formas tradicionales. Las «pruebas» pseudocientíficas que circulan con la bandera de la «ciencia» solo refuerzan viejos estereotipos.*

*Donde son encontradas correlaciones biológicas de diferencias sexuales, cabría preguntarse si acaso son un reflejo de la socialización - y si podrían ser una forma útil de examinar la socialización - (e implícitamente de contrarrestar la socialización negativa). Por ejemplo, si los músculos de los bíceps de las mujeres se encuentran menos desarrollados que los de los hombres, ¿hasta qué punto se debe esto a diferencias biológicas intrínsecas o, a diferencias en los patrones de ejercicio físico para niñas y muchachos desde su más temprana infancia? Una forma de establecer este asunto es interrogándonos si acaso somatizamos nosotras nuestra opresión. Más bien que proponer que son nuestros cuerpos los que determinan nuestro estado social, debemos considerar también cómo nuestro estado social modela fases de nuestro ser físico haciendo que ambos, por lo tanto, puedan ser alterados» (Leigh, pp. 238-239, 1991).*

### 3. LA CONSTRUCCIÓN DEL PENSAMIENTO FEMENINO

Muy poco de la experiencia femenina se encuentra plasmada en la ciencia actual, la cual en sumatoria ha sido construida por hombres. Aunque en su conceptualización se hayan destacado mujeres, ellas han hecho ciencia desde paradigmas masculinos.

Las mujeres, a pesar del dicho popular de que «*hablamos hasta por los codos*», en realidad somos poco escuchadas. Si observamos con atención las reuniones mixtas descubrimos que somos interrumpidas, un mayor número de veces en relación con los hombres. Nuestras palabras no son ponderadas en igualdad de condiciones a la de los colegas hombres y en muchos casos lo dicho por nosotras no es tomado en cuenta, pero esas mismas palabras en la voz de un hombre son aplaudidas efusivamente.

Muchas han optado por guardar silencio y así se pierde la posibilidad de tener acceso al conocimiento que deja la discusión verbal.

Educadas para obedecer, las mujeres tenemos dificultades para cuestionar a «*las voces autorizadas*». Mis recuerdos de estudiante son que jamás se me ocurrió dudar de las verdades enseñadas por las maestras, verdades que, años después, en algunos casos fueron desechadas por considerarse equivocadas. Como señala Belenky (1986), obligadas a oír constantemente a las «*autoridades*» exteriores, perdemos la capacidad de oír nuestra voz interna. Esta forma de recibir el conocimiento, como receptáculo más que como sujetas activas, nos dificulta a muchas mujeres ser creativas en nuestros conceptos, no porque no poseamos esa capacidad, sino porque dudamos de nuestras propias respuestas.

Gilligan (1987) ha desarrollado un planteamiento similar. Propone que las determinaciones sociales de lo bueno y malo han condicionado las acciones de las mujeres, que hemos internalizado las representaciones simbólicas de estos conceptos, que, a su vez, nos condicionan a escuchar más que nuestras voces a las de las otras (os).

El subjetivismo y la intuición, asociados a lo femenino, han sido catalogados como formas dudosas para alcanzar el conocimiento. Muchas filosofías orientales por el contrario, afirman que la intuición y la subjetividad son los caminos apropiados para llegar al conocimiento espiritual. Oír la voz interna, intuitiva, viniendo de una misma, es una señal de crecimiento, autonomía y fortaleza. Entre más «*subjetiva*» sea la persona, más difícil le resulta equivocarse. Como afirma Belenky (1986), la verdad se asume entonces como algo experimentado, no solo pensado.

La objetividad ha sido descrita por varios autores, como una manera de acercarse al conocimiento sin proyectar el contenido de la mente hacia el objeto externo. Por lo tanto, hablar desapasionadamente, excluir las propias preocupaciones y adoptar una perspectiva pragmática es lo válido desde la óptica del método científico. Sin embargo, definiendo el conocimiento «*conectado*» a nuestras voces internas, como el más confiable, ya que viene de experiencias personales (Belenky, 1986).

#### 4. LA CONSTRUCCIÓN DEL PATRIARCADO

El marco referencial de la teoría de Lerner (1990) me parece una forma novedosa de abordar el tema. Parte de la premisa de que el patriarcado es un sistema construido históricamente. La autora plantea que el análisis de la

subordinación femenina debe construirse desde premisas no tradicionales, lo que nos obliga a revisar algunas de las posiciones que ha utilizado la ciencia para legitimar la inferioridad femenina en la sociedad.

Esto implica la revisión de algunas cuestiones asumidas respecto a este debate. Las siguientes premisas, según la autora, han sido utilizadas por distintas corrientes para fundamentar la inferioridad femenina.

Lo aceptado ha sido:

- *«Que la dominación masculina es un fenómeno universal y natural y por lo tanto inmodificable.*
- *La mujer está subordinada al hombre porque así la creó Dios.*
- *Si Dios o la naturaleza crearon diferencias de sexo, que a su vez determinaron la división sexual del trabajo, no hay que responsabilizar a ningún factor social, ni a nadie por la desigualdad entre sexos y por el dominio masculino.*
- *La maternidad es el primer objetivo en la vida de la mujer. Por lo tanto, la división sexual del trabajo, fundamentado en diferencias biológicas, es funcional y justo.*
- *La causa de la subordinación femenina se debe a las condiciones físicas que poseen los hombres».* (Lerner, pp. 35-36, 1990).

Algunos de los planteamientos de Freud han sido utilizados por la psicología y la psiquiatría como apoyo en la validación de estos y otros argumentos biologistas. Ejemplo de ello es lo escrito por Lerner (1990) refiriéndose a Freud: *«El humano corriente es un varón, la mujer era, según su definición, un ser humano anormal que no tenía pene y cuya estructura psicológica supuestamente se centraba en la lucha por compensar dicha definición».* (Lerner, pp. 34, 1990).

La hipótesis de trabajo de Lerner está basada en que el patriarcado es un proceso en cuya construcción participaron hombres y mujeres, así, la *«asunción básica con la que debemos comenzar cualquier teoría del pasado es que hombres y mujeres construyeron conjuntamente la civilización.»* (Lerner, pp. 44, 1990). En su estudio, Lerner afirma que *«el patriarcado es una creación histórica elaborada por hombres y mujeres en un proceso que duró casi 2.500 años para completarse».* (Lerner, pp. 311, 1990).

Esta autora describe como hecho fundamental en la construcción del patriarcado el que las mujeres hemos sido, a través de los tiempos, utilizadas como mercancía intercambiable o vendible, así como sus hijas (os).

Para lograr la cosificación de las mujeres, se objetiviza y norma su sexualidad y capacidad reproductiva: así se estableció el poder de los hombres sobre la sexualidad femenina y su función reproductora, argumento que también desarrolla Millet (1995) quien al respecto dice:

*«La firmeza del patriarcado se asienta también sobre un tipo de violencia de carácter marcadamente sexual, que se materializa plenamente en la violación» (Millet, pp. 101, 1995).*

Lerner sugiere que el sistema patriarcal solo pudo funcionar enajenando a las mujeres a través de los siguientes procesos:

- *«Introyectando la validez de las diferencias entre los géneros.*
- *Privando a las mujeres de la enseñanza.*
- *Prohibiendo a las mujeres que conozcan su propia historia.*
- *Dividiéndolas al definir la respetabilidad y la desviación a partir de sus actividades sexuales.*
- *Mediante la represión y la coerción social.*
- *Por medio de la discriminación en el acceso a los recursos económicos y al poder político.*
- *Recompensando con privilegios a las mujeres que se conforman».* (Lerner, pp. 317-319, 1990).

Esto ha sido facilitado por la carencia en las mujeres de una tradición cultural reafirmante de su independencia dentro del sistema de símbolos culturales. El patriarcado ha definido los conceptos y el sistema de símbolos conocido, en donde se limita a las mujeres y a los *«grupos femeninos a revestir un carácter auxiliar e imitar los métodos y proyectos masculinos para alcanzar objetivos triviales o efímeros. Rara vez dejan de recurrir a la autoridad del varón...»* (Millet, pp. 109, 1995). Sin embargo, muchas voces femeninas sobreviven a pesar de la marginación marcada históricamente y se han logrado rescatar, muchos símbolos femeninos y con Lerner comparato que *«el sistema patriarcal es una costumbre histórica que tuvo un comienzo y tendrá un final»* (Lerner, pp. 330, 1990).

## 5. SOCIALIZACIÓN Y LA TERAPIA PARA LAS MUJERES

Existen un sinnúmero de tipos de terapias con sus respectivos recursos, muchas de ellas son citadas en *«Systems of Psychotherapy»* (Prochaska y

Norcross, 1994). Sin embargo, enumerarlas no es la función del presente libro. En mi praxis me he inclinado por varias de ellas y he utilizado algunas por espacios determinados de tiempo. Según fuesen los intereses del momento, he puesto en práctica uno u otro enfoque. He preferido integrar técnicas variadas todas enriquecedoras de mi quehacer psicoterapéutico. El ejercicio de la profesión y el conocimiento me permiten concluir que no todas las técnicas, ni todos los tipos de terapia daban respuesta a todas las dudas, ni eran efectivas de la misma forma, para hombres y mujeres, o para agredidas o agresores, para niñas y niños víctimas de abuso sexual, físico y psicológico. Tenía muchas aprensiones de los métodos aprendidos y de las herramientas puestas en práctica, en ese entonces.

Por fin, después de largos años en el ejercicio clínico he escogido como marco de referencia teórica la terapia género sensitiva para los desórdenes traumáticos, esta es una forma reciente y bien documentada para abordar el incesto. Sobre los criterios para hacer el diagnóstico del desorden de estrés post traumático me referiré en el Capítulo II y posteriormente retomaré el tema en el Capítulo VI.

Para definirme por la terapia género sensitiva, me he basado en el trabajo de muchos autores tales como Courtois, 1988; Bass y Davis, 1988; Walker, 1989; Meiselman, 1990; la última llama a este tipo de terapia «terapia de reintegración», y por supuesto en Herman, 1992. Muy especialmente guiada por esta última, amiga y maestra, cuyos análisis me cautivaron desde el inicio que tuve contacto con sus planteamientos. Ella quizás ignora el significado que tuvo para mí el tenerla como huésped durante su visita a Costa Rica y el aporte que hizo a mis investigaciones. Hoy a través de estas páginas le expreso mi imperecedero agradecimiento y rindo tributo de respeto y admiración por sus acuciosos trabajos.

Esta terapia género sensitiva tiene valores y principios inherentes que la distinguen de otro tipo de terapia (Batres, 1994; Prochaska y Norcross, 1994).

Uno muy importante es que en la etiología de los trastornos clínicos la subordinación de la mujer en la sociedad se considera un factor relevante y el hecho de vivir en una sociedad discriminadora de las mujeres, en la cual tenemos menos poder político, económico y social que los hombres, determina en gran parte la salud de nosotras (Batres, 1987).

En esta terapia el énfasis no está orientado a lo psicodinámico como en el psicoanálisis, aunque lo incluye. Impulsa el humanismo y la igualdad, proviene de diferentes corrientes e integra los aspectos útiles de estas. (Courtois, 1988; Herman, 1992; Batres, 1994).

Otro de sus elementos es la desmitificación del proceso terapéutico, lo cual puede hacerse invitando a la clienta (e) para que pregunte sobre su proceso, buscando conjuntamente, terapeuta-clienta, las metas adecuadas del tratamiento; y los objetivos del proceso. Al inicio, muchas mujeres se sienten desconcertadas, sobre todo quienes han estado acostumbradas a que otra persona tome las riendas de su vida, o esperan que la (el) terapeuta les salve con alguna forma mágica, como «una buena doctora».

Conforme la clienta (e) avanza en el análisis procesal, la inclusión de la reflexión alrededor de su posición en la sociedad y en la familia, le proporciona una explicación más rica del origen de sus dificultades. Este análisis lo he llamado el «*contexto político de la terapia*».

En este tiempo terapéutico es importante la discusión de los dilemas femeninos, sin embargo, esta es una impronta presente en todos los aspectos desarrollados durante el proceso. Antes de entrar en la terapia para sobrevivientes de incesto, creo conveniente explicar algunos de estos, los cuales tienen que ver con la socialización de las mujeres y que deben ser analizados en todos los enfoques terapéuticos, incluyendo la terapia para sobrevivientes.

Al respecto es muy interesante el análisis hecho por Elizabeth A. Waites en su libro «*Trauma and Survival*» (1993). La autora identifica cinco dilemas en la vida de las mujeres que explican la interacción entre socialización femenina y las respuestas específicas de las mujeres a su victimización.

Cito algunos de ellos:

- 5.1. Dilemas sobre la sexualidad femenina**
- 5.2. Dilemas sobre la dependencia femenina**
- 5.3. Conflicto y sobrecarga de funciones**

Agrego a esta lista citada, un cuarto dilema que he podido configurar a la luz de la experiencia obtenida con mi práctica:

- 5.4. Dilemas sobre la expresión de la ira femenina**

En efecto, alrededor de nuestra sexualidad existen una serie de estereotipos y códigos sexuales que han sido adscritos como femeninos en forma histórica, de la misma manera ha sucedido con los hombres, mediante los procesos de socialización.

Las mujeres, aun antes de nacer, ya tenemos asignado en la sociedad lo prohibido y lo aceptado para nuestro género, empezando desde el color

rosado hasta el matrimonio y la maternidad como destino. Una serie de imperativos sociales ambivalentes recorren toda nuestra formación: «*Sea bonita sin caer en la provocación, femenina sin ser vistosa, sirva a los demás pero no sea controladora*». Este tipo de comunicación se ha descrito en familias con disfunciones. Es el fenómeno conocido como el «doble vínculo»; es un concepto similar al de las paradojas de la lógica formal. Según Watzlawick, este tipo de comunicación hace que la persona, en búsqueda de «*aquellos significados y aquel orden de la realidad, que para los demás son, al parecer, tan evidentes, pero que ella no acaba de descubrir, exhiba conductas cada vez más excéntricas*» (Watzlawick, pp. 29, 1981).

Menciona además que «*quien recibe de otras personas, vitalmente importantes para sí, normas de comportamiento que exigen y al mismo tiempo imposibilitan unas determinadas acciones, están en una situación paradójica. La conducta resultante de esta contradicción responde con mucha frecuencia a la definición social de desamparo moral*» (Watzlawick, pp. 30, 1981).

Las mujeres vivimos en una sociedad que nos envía mensajes de doble vínculo. El tradicional consejo de las madres: «*Los hombres solo llegan hasta donde las mujeres quieren*», carga sobre los hombros de nosotras la responsabilidad de los avances masculinos y en forma subsidiaria la de las violaciones a las que podríamos estar sujetas, (sino es que ya no lo fuimos por un familiar). También conceptos que aún se utilizan en la literatura y la enseñanza psicológica y psiquiátrica, tales como «*víctima provocadora*», o «*madre cómplice*». Es conocido que existe una gran ambigüedad en el pensamiento médico sobre lo que significa el placer sexual desde los siglos I y II D.C., tal como lo documenta Foucault (1987).

Para ilustrar lo anterior, cito el ejemplo de una estudiante de segundo año de carrera en psicología de la Universidad de Costa Rica (UCR). En 1995 ella me narró la siguiente anécdota. Al final de una presentación sobre incesto, basada en los clásicos contemporáneos (Finkelhor, 1984; Courtois, 1988; Herman, 1992; etc.) y en mis trabajos sobre el tema, la profesora adujo una falla en la información, le recordó que le faltaba señalar que los ofensores sexuales incestuosos nunca actuaban solos. Sin comprender aún la ruta de dicha intervención, la estudiante preguntó: ¿con quién? la madre, le acotó su profesora. Sorprendida trató de explicarle, que eso no podía analizarse solo desde esta perspectiva pues muchas madres, por razón de su socialización, se encuentran involucradas en muchos dilemas. Uno de ellos es que la sociedad ha definido -por siglos- que la mujer respetable es la



que tiene marido. La sentencia fue: «*Eso nada tiene que ver, la madre también es culpable*».

Las mujeres enfrentamos muchas otras contradicciones especialmente respecto a la sexualidad y a nuestro propio cuerpo. Luce Irigaray afirma:

*«La sexualidad femenina ha sido pensada siempre a partir de parámetros masculinos. Así, la oposición: actividad clitoridiana «viril» -pasividad vaginal «femenina», de la que habla Freud y tantos otros- como etapas alternativas del proceso de devenir de una mujer sexualmente «normal», parece demasiado modelada por la práctica de la sexualidad masculina». (Irigaray, pp. 23, 1977).*

Socializadas para complacer, llevamos a la cama este mandato. Así un número importante de mujeres no llegamos a experimentar placer, ni nuestro ritmo sexual y menos la sensualidad. Desde niñas se nos prepara para lucir atractivas, se nos enseña cuáles impulsos deben ser silenciados o son criticados en forma vergonzosa. Nuestros cuerpos están llenos de veladas alusiones y secretos tan internos, como son nuestros órganos genitales. El placer femenino está, entonces, ligado a la evaluación de otros (as); a las mujeres se nos vigila nuestro cuerpo y nuestra sexualidad. Existimos para los demás, y como somos frecuentemente agraviadas sexualmente por conocidos y extraños, estos ultrajes darán como resultado una lesión de la identidad femenina, pues es básico en la conformación de nuestra identidad, cómo se experimenta subjetivamente el cuerpo. Esta dicotomía entre lo que el cuerpo quisiera y lo que se le permite, esa negación sistemática de sus necesidades y la presión de las demandas sociales, nos llevan a cargar un cuerpo alienado, colonizado por los deseos masculinos. El cuerpo se convierte más en un enemigo que en un aliado o en parte de una misma, situación que se agrava en las mujeres victimizadas sexualmente.

Las mujeres enfrentamos de múltiples formas estas contradicciones. Claro ejemplo es llevar hasta la obsesión el manejo del esquema corporal como en el caso de la anorexia nerviosa y la bulimia. Otra es disociarse y no experimentar las necesidades del cuerpo, lo que la conduce a serios trastornos como la anestesia corporal y el descuido de las necesidades físicas, aspecto muy obvio en las sobrevivientes de incesto y de abuso sexual. Otra manera es la compulsión cada vez más frecuente por la cirugía plástica, incluso corriendo riesgos para sus vidas. En mi experiencia clínica he atendido a mujeres que han utilizado la cirugía en forma excesiva e inadecuada

y enfrentando problemas intra y postoperatorios severos. Después de pocos meses se practicaron una nueva cirugía para mejorar un cuerpo bello, o arreglar lo que un cirujano desarregló.

El manejo estereotipado sobre los papeles sociales de las mujeres es uno de los aspectos más arduos de modificar. Lo he confirmado durante mis experiencias como capacitadora y en los procesos terapéuticos, especialmente con hombres ofensores. Estos estereotipos están basados más en temores y odios que en razonamientos distorsionados o errores cognoscitivos. Por lo tanto, son más difíciles de erradicar, pues a su movilización se opone un proceso psicológico defensivo, cuyo desmantelamiento produce ansiedad.

Estas distorsiones conducen a representaciones ambivalentes de las mujeres, a culparlas de su propia victimización, o a pensarlas como «*putas*» o manipuladoras. Con frecuencia me encuentro con adolescentes masculinos en terapia por asuntos que no tienen que ver con ofensas, que manejan una especie de certeza acerca de la verdad de estos conceptos. Recuerdo muy bien a uno de ellos, que durante el análisis sobre este tema me preguntó, si quería que se volviera «*playo*», ya que mientras sus amigos trataban de emborrachar a las muchachas para llevárselas a la cama, él conversaba con ellas «*como una mujer*».

La socialización enseña a los hombres a percibir lo femenino como un atentado contra su masculinidad. La acción agresiva no solo es parte de la masculinidad sino que los actos agresivos tales como la violación le sirven al hombre abusador para restaurar su estima perdida. Este aditamento especial para algunas masculinidades es la base para explicar el porqué los violadores jóvenes alivian la frustración violando niñas (os).

En esta socialización diferenciada por sexo, la ira es aceptada para los hombres; el que ellos se enojen forma parte de lo que se considera su masculinidad.

Por lo contrario, quienes hemos trabajado en hospitales psiquiátricos sabemos del gran número de ingresos femeninos con el diagnóstico de depresión, mujeres que han dirigido la ira hacia dentro.

Los síndromes depresivos han sido reconocidos desde Hipócrates (Shader, 1994), pero el identificar que las mujeres lo sufren en mayor medida es más reciente. Estudios demuestran que las depresiones afectan principalmente a las mujeres (DSM IV; Weissman, 1974; Batres, 1987; Lerner, 1989; Dowlin, 1993; Mueller, 1996) y una razón por la cual estas se deprimen más que los hombres, es por tener menos fuentes de satisfacción, por ser discriminadas.

Actualmente se utiliza el término distimia para pacientes que anteriormente se las diagnosticaba como depresivas neuróticas, depresivas reactivas o personalidad depresiva (Shader, 1994). Y creo que es importante hacer un buen diagnóstico diferencial entre distimias, depresiones mayores, para planear el esquema medicamentoso o terapéutico.

Tal como lo señalaba y apoyada en autores como Burden (1987), opino que la socialización femenina se enfoca en el futuro papel de madre y esposa y este afirma que cuando adultas debemos ser parte y soporte de una familia, cuidar a otros, limitándonos así en la definición y realización de nuestras aspiraciones y autonomía, cuya transgresión provoca intensos sentimientos de culpa.

Esta internalización sobre lo aceptado y lo prohibido para nuestro género se reconoce bien después de la pubertad en relación con la depresión y la mujer. En la época infantil no se dan grandes diferencias en cuanto a la incidencia de la depresión entre las niñas y los niños. Al llegar la menstruación es cuando las mujeres empezamos a deprimimos más que los hombres y, como indica Dowling (1993), esa adolescente deprimida de hoy, llegará a ser la madre deprimida del mañana. En mi práctica clínica, esta presentación asimétrica de la depresión por género, ha sido muy probada.

Revertir la agresividad hacia sí mismas es una razón por la cual las mujeres se deprimen tanto. Pero las que se atrevieron a expresar su enojo son descalificadas con adjetivos negativos o se les diagnostica con «*trastornos de la personalidad*». Las mujeres transgresoras de este código de por sí ya se sienten muy malas y encima deben cargar con este tipo de diagnóstico.

La experiencia del enojo tan prohibida para las mujeres es transformada en depresión o en síntoma. En las sobrevivientes de abuso sexual, el enojo se disocia con frecuencia y aparece en estallidos interpretados como inadecuados.

Otro dilema de las mujeres es la dependencia psicológica, la cual no puede desligarse de la dependencia económica. La separación de una pareja donde el padre maltrata o es abusador de la hija (o) es para las mujeres un proceso difícil, amén de doloroso, significa a veces la miseria. La pobreza no nos libera de la violencia, por el contrario es el caldo donde la posibilidad de victimización crece.

La dependencia femenina, tanto económica como psicológica, no es más que el resultado de la socialización y la discriminación. A las mujeres se nos asigna el papel de cuidadoras de nuestras hijas (os), y de soporte de los valores morales de la familia. Luego se nos pide salir de los hogares

violentos a un mundo no conocido, totalmente desposeídas y vulnerables a un mercado de trabajo mal remunerado. Esta ideología afirmadora de que debemos encargarnos de las niñas y niños, sin importar el estado psicológico o económico, no brinda las necesarias facilidades para el cuidado de ellas (os) y no permite que mujeres tengan acceso a su propia autonomía.

El fenómeno económico no es suficiente explicación en el caso de mujeres con profesión o dinero, que se quedan en casa cuando son agredidas. Psicológicamente, las mujeres hemos estado sujetas a valorar la autoestima en relación con la clase de pareja escogida, quien se vuelve vital para desarrollar desde la dependencia su propio ser.

Tuve una clienta que sufría constantes abusos físicos y psicológicos del esposo, un rico industrial. En una oportunidad la envíe a una abogada que le informara de sus derechos. Cuando se dirigía hacia el bufete, sufrió un violento ataque de ansiedad. Esto es un ejemplo de cuán angustioso es para una mujer el que ligeramente pase por su mente la idea de separarse de su esposo.

Para las mujeres, también es peligroso establecer competencia, ya no por un hombre, sino con el hombre. No solo se despiertan en nosotras los miedos a la realización de nuestras expectativas, sino que se nos revierte el proceso al convertirnos en blanco de agresiones por amenazar el poder masculino, dardos que sueltan tanto hombres como mujeres.

Todos estos pesos sobre nuestros hombros reducen nuestra participación en puestos de poder. Este espacio se nos limita aunque se llegue a ellos, solo nos es posible practicar algunas de las acciones garantizadoras del avance de la sociedad hacia la igualdad. A pesar de estas limitantes, la lucha ya está planteada para que seamos en algún momento sujetas del desarrollo y no objeto de él.

En los albores del próximo milenio, las mujeres vivimos moviéndonos entre paradojas, entre un creciente clamor mundial por la igualdad de derechos y oportunidades y una realidad sin apoyo social para nosotras.

Todo el mundo necesita de las mujeres: las niñas (os), los esposos, las madres ancianas, las tías, las mascotas de la casa, las (os) pediatras, las maestras (os), las jefas (es). Esto no hay duda que resulta agobiante. Las listas parecen no tener fin. Corremos de allá para acá sintiéndonos siempre culpables por aquello o por lo otro que no pudimos cumplir. Las hijas (os) dejadas en manos de una empleada, una madre anciana que no puede cuidar, un esposo que se quedó sin cena, un trabajo no terminado a tiempo, una hija (o) con problemas.

Los esposos aunque tengan fuera de casa menos o igual trabajo que sus parejas se quejan por la ausencia de una buena madre y esposa. Muchas veces son golpeadas brutalmente por sus maridos a partir de lo que consideran una «falla» en su papel doméstico.

Mientras tanto la televisión publicita la imagen de supermujeres que llegan del trabajo sonrientes y seductoras. Ante estos dilemas, la autoestima de las mujeres en general sufre lesiones importantes. Entonces, no puede esperarse sino una especie de ruptura del ser para repartirse en pedacitos ante tantas exigencias y demandas.

## 6. LAS SECUELAS DE LA SOCIALIZACIÓN DE LAS MUJERES Y LOS GRUPOS

En mi experiencia he podido determinar la escasez de terapias que incluyan el análisis que permita rescatar los elementos de la socialización, para comprender el entorno en que las mujeres se deprimen, se devalúan, se culpabilizan y se angustian. Y como esta situación se refleja en la terapia de grupo.

Según Burden (1987), las siguientes categorías o énfasis, en la socialización de las mujeres, deben ser incluidas en todas las terapias para las mujeres:

### 6.1. El énfasis en la vinculación.

Desde pequeñas, las mujeres somos estimuladas para encontrar grandes retribuciones emocionales en la aprobación recibida por parte de los demás, no en el éxito o logros alcanzados por nosotras mismas. Se nos prepara para el matrimonio y la dependencia. Y aun hombres «progresistas» buscan compañeras dependientes (Castilla del Pino, 1982).

### 6.2. Papel de cuidadora.

Las mujeres somos estimuladas para que seamos las responsables del bienestar físico y emocional de la familia. Desde pequeñas se nos indica nuestra responsabilidad en los quehaceres domésticos. Esto será válido en la vida adulta para las mujeres solas, casadas, trabajadoras o que están en casa. La última en la lista es ella.

### 6.3. Las diferencias de poder.

El hogar no es obviamente el espacio de mayor poder de la sociedad. En la realidad, se comprueba que el poder político y económico lo poseen los hombres. También se nos enseña a que las condiciones inherentes al poder, la fuerza, la asertividad, la autonomía, la toma de decisiones, el sabernos con derechos, no es propio de nosotras.

### 6.4. Dependencia.

El énfasis en la vinculación lleva a la dependencia, así como a la falta de poder.

Se nos socializa para quedarnos en casa, no arriesgar mucho, cuidar de todas (os).

Burden continúa diciendo: *«En la teoría de las relaciones objetales, la dependencia de la mujer respecto a su familia de origen y al matrimonio, no le permiten diferenciarse a sí misma como ser autónoma; [...] se considera que las mujeres no aprenden destrezas para la resolución eficaz de problemas; en el marco cognitivo, dependencia y carencia de poder son descritos como atributos orientados hacia la indefensión»* (Burden, pp. 25-29, 1987).

### 6.5. La culpa.

La excesiva responsabilidad que se nos impone a las mujeres por el bienestar de los demás, nos hace sentirnos responsables «por lo bueno y por lo malo», esto crea grandes sentimientos de culpa.

### 6.6. La desvalorización.

No solemos apreciar a las otras mujeres, si somos devaluadas en las mismas condiciones, tal vez no vamos a confiar en otra igual. En la carrera por conquistar esposo las mujeres hacemos de nuestras pares, rivales y en la práctica funcionamos desde esta perspectiva.

### **6.7. Conflictos relacionados con el desarrollo pleno de nuestras potencialidades.**

La mayoría de las mujeres tenemos limitaciones para realizar nuestras potencialidades por la carencia de poder, la poca autonomía, por el poco dinero y por ser valoradas solo desde nuestro papel maternal y marital. En hogares en donde la madre y el padre tienen papeles igualitarios, o en familias de mujeres solas, trabajadoras o profesionales, este destino limitante puede ser desconstruido por modelos más a tono con nuestros anhelos de respeto, autonomía e igualdad.

## **7. EN LA TERAPIA DE GRUPO**

La discusión anterior enfatiza que la forma en que somos socializadas las mujeres y las expectativas derivadas de ello son elementos recurrentes que afloran en grupos de mujeres. Explica cómo las mujeres en grupos terapéuticos apoyan a las compañeras antes que a ellas o a la terapeuta, tienen dificultades para tomar decisiones, expresar sus necesidades y desconfían de sus logros. Precisamente es vital *«el trabajo grupal como un espacio para «resocializar» a las mujeres, valorar el apoyo que obtienen de otras mujeres, distinguir lo personal de lo político, ganar un sentido del autocontrol, ganar poder»*. (Burden, pp. 31, 1987). La experiencia grupal es de mayor importancia en el trabajo con mujeres.

En el siguiente capítulo, iniciaré la discusión acerca de aquellas mujeres que tienen que agregar a su socialización el haber sido víctimas de uno de los eventos más traumáticos en la vida de las niñas, el incesto.

## II





## DEFINICIONES Y ESTADÍSTICAS

### 1. DEFINICIONES SOBRE EL INCESTO Y ABUSO SEXUAL INFANTIL

Con el objeto de que haya un acuerdo en el análisis considero conveniente especificar, desde mi enfoque, el concepto de incesto, abuso sexual y el significado de los vocablos: víctima, victimario u ofensor. Esto no se ajusta a las definiciones dadas en los códigos legales ni en los textos clásicos de psicología y psiquiatría (Hyman, 1994). En efecto, estas las he construido desde la perspectiva de la víctima, después de estudiar a más de mil víctimas y sobrevivientes de todas las edades, sexos, razas, condición económica y de haber tenido bajo tratamiento a 400 mujeres.<sup>1</sup>

Observé que en su mayoría presentaron un conjunto de secuelas comunes, con independencia del lazo consanguíneo con sus ofensores, y, tal como la teoría de Finkelhor (1988) lo señala, el daño tenía más relación con la traición, el terror, el estigma y la sexualización traumática a que fueron expuestas. Hay evoluciones distintas, pero estas dependen más de la cercanía con el ofensor, del sexo de este, de la tortura adicionada al abuso, que de la consanguinidad.

He denominado a estas definiciones: «Una definición desde la perspectiva de la víctima y el daño».

A pesar de los cuestionamientos actuales dados con respecto al uso de la palabra víctima, a raíz de las connotaciones del término: «debilidad» para seres humanos de grandes fortalezas, he preferido identificar con este concepto a las niñas y niños sujetos al abuso sexual y al incesto. Porque de acuerdo con lo aprendido de Judith Herman, el término víctima y victimario determinan con claridad en quién reside la responsabilidad del agravio frente a la vulnerabilidad e impotencia en la que las niñas (os) se encuentran ante

<sup>1</sup> Por razones estadísticas y de comodidad lingüística, cuando me refiera a ofensor lo haré en masculino y a víctima en femenino. Sin excluir la existencia de mujeres ofensoras y de víctimas masculinas, aunque se procura usar en todo el libro el lenguaje inclusivo.

las adultas (os) que los utilizan sexualmente. Para las adultas (os) he incorporado de los grupos norteamericanos la palabra sobreviviente *«porque a pesar de este horror, de esta experiencia, ellas y ellos están hoy aquí, vivas, con la fuerza de aquellos que experimentaron una catástrofe, una guerra y resistieron»* (Batres, pp. 18, 1994).

En 1991 apareció mi primer concepto sobre incesto en el desplegable informativo de la Fundación Ser y Crecer (FUNCRESER). Luego en el libro *«La violencia en la familia costarricense»*, publicado por el Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente (ILANUD) con motivo de la ponencia elaborada para el programa Mujer, Salud y Desarrollo a solicitud de la Organización Panamericana de la Salud (1991).

Con los años las definiciones se han ampliado y profundizado, pero en el meollo permanecen inalterables.

Más que el contacto físico o la penetración, son el secreto y la traición y el daño psicológico, los elementos fundamentales de la definición. Este concepto puede ayudar a las (los) terapeutas y proporciona a las juezas (ces) herramientas psicológicas adicionales para comprender que la destrucción causada va más allá del daño físico. Toma en cuenta, además, que la penetración se da en muy pocos casos y que en todos los tipos de incesto el daño es inmenso.

Claro, he encontrado, secuelas más graves en sobrevivientes que han sido objeto de abuso por múltiples agresores y cuyos abusos sexuales se han acompañado de conductas sádicas, ritualistas y prolongadas.

### **1.1. Incesto:**

Es incesto toda agresión de índole sexual, indirecta o directa entre una niña o niño y un adulto o adulta, que mantenga con la niña o el niño lazos caracterizados por la amistad, confianza, afecto, parentesco o autoridad. Si estos lazos tienen que ver con el cuidado, protección y guía de la niña y niño los considero de características similares a los consanguíneos.

Esto incluye profesionales, amigas (os) de la familia, personas relacionadas con la educación y orientación de niñas (os) y con sus cuidados físicos y afectivos, y que por su rango representan para la niña o niño una autoridad.

### **1.1.1 La agresión sexual indirecta:**

Someter a la niña o niño a mirar pornografía, a realizar actos de índole sexual para satisfacción del perpetrador; como mostrar sus genitales, o mostrarlos a los infantes con tales fines. Tomarles fotografías para satisfacción sexual del perpetrador o un grupo de ellos.

### **1.1.2. La agresión sexual directa:**

Tocar y masturbar a la niña (o) con fines sexuales en diferentes áreas de sus cuerpos, especialmente las erógenas. Hacer que la niña o el niño acaricie a la adulta (o), lo masturbe o practique el sexo oral. Rozar el pene con el cuerpo de la niña o el niño, u otras partes del cuerpo para buscar excitación. Penetrar la vagina o el ano, con el pene, el dedo u otro objeto.

Estos actos casi siempre se dan en ausencia de otra persona. En ocasiones un grupo de victimarios abusan de una niña o niño, o a un grupo de ellas (os) y cuando estos actos se acompañan de crueldad física y psicológica similares a los de la tortura, la victimización y sus secuelas se pueden convertir en problemas mucho más complejos.

## **1.2. Abuso sexual:**

El abuso sexual es el mismo tipo de situaciones, dinámicas y relaciones, llevadas a cabo por extraños, sin penetración.

## **1.3. Violación por extraños:**

Esta consiste en la penetración del pene, dedo u otro artefacto en la vagina o el ano por parte de un extraño. Personas que la niña o niño no habían conocido antes del hecho.

## **2. ESTADÍSTICAS**

Si observamos las estadísticas que se presentan a continuación, podría interpretarse que el incesto o el abuso sexual no son de tan alta frecuencia como para preocuparnos.

Lo que ha sucedido es que las niñas (os) han tenido dificultades para revelar el abuso por miedo a no ser creídas (os), a ser culpadas (os) o estigmatizadas (os). Esto ha sido respaldado, también, porque por años teorías llenas de lagunas no permitieron que las (os) profesionales dieran cuenta de la verdad: la gran cantidad de niñas (os) víctimas de abuso sexual, dentro y fuera de la familia.

Es muy reciente que las ciencias de la salud aceptan la perspectiva de género, que explica práctica y teóricamente las dinámicas de ocurrencia del incesto, libre de mitos.

La justicia ha sido permeada hasta hace poco y muchos casos no llegan a juicio. Las familias por razones de vínculo, por vergüenza, temor y desconfianza en aquella, callan los casos de incesto y abuso sexual.

Toda esta red de dificultades se han venido tejiendo desde hace siglos y uno de sus resultados es que la estadística solo refleja «*la cifra negra*» o «*la punta del iceberg*», dejando invisibles a tantas niñas (os) que han sufrido y sufren en silencio la agresión sexual.

Los siguientes son algunos cuadros estadísticos que reflejan en forma parcial, la situación nacional con respecto a la ocurrencia del incesto y abuso sexual y que ponen en evidencia la necesidad de realizar una encuesta nacional. En primer lugar analizaré parte de la información reportada del Hospital Nacional de Niños (HNN) y que, por supuesto, no refleja toda la labor del centro en esta área.

CUADRO # 1  
NIÑOS Y NIÑAS ATENDIDAS POR ABUSO SEXUAL  
EN EL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS  
( 1992 A 1994)

SEXO	AÑO			
	1992	1993	1994	1995
Total	167	145	122	261
Niños	74	57	9*	
Niñas	93	88	60*	

\* Datos de enero a junio de 1994  
Fuente: Aguilar, V; Solís, L; 1996.

Los datos anteriores son parciales, y se circunscriben a los registros de dicho hospital y en el año 1995 no están desagregados por sexo de la víctima; situación que dificulta su comparación o su utilización en el establecimiento de una proyección del aumento de casos recibidos. También impide establecer la magnitud del problema a nivel nacional. Sin embargo, se infiere que hay un mayor número de niñas que de niños atendidos en el Hospital Nacional de Niños.

**CUADRO # 2**  
**EDAD Y SEXO DE LA VÍCTIMA SEGÚN TIPO DE ABUSO SEXUAL**  
**ATENDIDO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS**  
(1993)

EDAD EN AÑOS	TIPO DE ABUSO					
	INCESTO		ABUSO DESHONESTO		VIOLACIÓN	
	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS
Total	3	23	14	27	0	1
0-2	1	2	0	2	0	0
3-5	0	5	3	6	0	0
6-8	0	8	3	10	0	0
9-11	1	4	2	7	0	0
12-14	1	4	6	2	0	1

Fuente: Aguilar, V; Solís, L; 1996.

Según la información registrada en el cuadro anterior el 11,5% de las víctimas de incesto son niños y el 88,5% son niñas. Mientras que en las víctimas de abusos deshonestos la proporción es de mitad de niños con respecto a las niñas. En el delito de violación en cambio aparece solamente una niña entre 12 y 14 años. Este cuadro solo refleja la situación en 1993. Permite ejemplificar, sin embargo, que en su gran mayoría, las víctimas de incesto y abuso deshonesto son niñas a excepción de niños entre 12 y 14 años.

A continuación algunos estudios realizados por otras investigadoras (es) e instituciones privadas y gubernamentales.

**CUADRO # 3**  
**DURACIÓN DEL ABUSO SEXUAL SEGÚN INVESTIGACIÓN**  
**REALIZADA POR EL DR. LUIS DIEGO HERRERA EN POBLACIÓN**  
**COLEGIAL DEL ÁREA METROPOLITANA**  
**(1991)**

DURACIÓN EN MESES	NÚMERO REAL RELATIVO	NÚMERO
Total	90	100%
1 a 3 meses	45	50%
3 a 6 meses	9	10%
6 a 12 meses	14	16%
Más de un año	22	24%

Fuente: Aguilar, V; Solís L, 1996

Este investigador reporta la duración del abuso sexual por meses, y encontró que en el 24% de los casos duró más de un año.

**CUADRO # 4**  
**DURACIÓN DE LA AGRESIÓN EN LOS CASOS ATENDIDOS**  
**POR LA FUNDACIÓN SER Y CRECER**  
**(1990 A 1993)**

DURACIÓN EN AÑOS	NÚMERO REAL	NÚMERO ABSOLUTO
Total	960	100%
Una vez	85	8,9%
Menos de 3 años	165	17,2%
3 a 7 años	116	12,1%
8 a 12 años	74	7,7%
13 a 17 años	31	3,2%
17 y más	7	0,8%
NS/NR	199	20,7%
Ignorado	283	29,4%

Fuente: Aguilar, V; Solís L; 1996.

Aunque el período de duración reportado por la Fundación Ser y Crecer y las investigaciones de Herrera (1991) se escriben bajo variables temporales diferentes, se desprende que, alrededor del 25% de las víctimas sufren esa condición de 1 a 3 años como mínimo.

CUADRO # 5  
EDAD EN QUE SE INICIA LA AGRESIÓN SEXUAL CONTRA MUJERES

EDAD	COVER (1995)	FUNCRESER (1990-93)
Total	364	960
Antes de 12 años	25,6%	83,98%
Entre 12 y 18 años	12,4%	6,66%
No sabe, no recuerda	-	9,33%

Fuente: Aguilar, V; Solís, L; 1996.

Es evidente que la mayoría de los casos de abuso sexual contra mujeres se inicia antes de los 12 años, lo cual refleja una situación de indefensión ante el (la) agresor (a), debido a su corta edad, a la dependencia y a la relación de confianza entre víctima y agresor.

Los siguientes cuadros corresponden a las denuncias puestas ante el Organismo de Investigación Judicial, departamento que pertenece a la Corte Suprema de Justicia.

**CUADRO # 6**  
**DENUNCIAS POR DELITOS SEXUALES PRESENTADAS ANTE**  
**EL ORGANISMO DE INVESTIGACIÓN JUDICIAL**  
**(1990 A 1994)**

DELITO	1990	1991	1992	1993	1994
Total denuncias	32003	38396	42511	46723	50218
Total de denuncias por delitos sexuales	467	457	496	537	577
Violación	202	180	226	239	214
Abuso deshonesto	108	121	124	146	153
Tentativa de violación	54	56	61	54	80
Rapto	37	38	21	26	29
Estupro	38	32	29	28	40
Corrupción	20	21	27	23	14
Incesto	5	5	3	2	4
Proxenetismo	2	-	3	9	9
Trata de blancas y menores	1	1	2	6	1
Otros	-	3	-	4	1

Fuente: Aguilar, V; Solís, L; 1996.



**CUADRO # 7**  
**DENUNCIAS POR DELITOS SEXUALES RECIBIDAS EN EL**  
**ORGANISMO DE INVESTIGACIÓN JUDICIAL SEGÚN**  
**TIPO DE DELITO Y SEXO DEL OFENDIDO**  
 (1994)

TIPO DE DELITO	TOTAL	HOMBRE	MUJER	IGNORADO
Total	577	68	507	2
Violación	225	28	197	-
Abuso deshonesto	157	24	133	-
Tentativa de violación	83	9	74	-
Rapto	29	2	27	-
Estupro	40	-	40	-
Corrupción	15	3	10	2
Incesto	6	-	6	-
Proxenetismo	18	1	17	-
Trata de menores	3	-	3	-
Sodomía	1	1	-	-

Fuente: Aguilar, V; Solís, L; 1996.

Según los datos aportados por el Organismo de Investigación Judicial, la mayor cantidad de delitos radica en violación, tentativa de violación y abuso deshonesto contra mujeres. Esto reafirma que las mujeres son el porcentaje mayor de víctimas de agresión sexual. Por ser el incesto un delito definido legalmente solo para relaciones entre miembros unidos por consanguinidad, el número reportado es mucho menor que si se hubiese tomado otra definición más amplia.

Por último, presento dos cuadros que comparan los resultados emitidos por investigadoras (es) costarricenses, el Hospital Nacional de Niños, la Fundación Ser y Crecer y el Organismo de Investigación Judicial.

**CUADRO # 8**  
**CUADRO COMPARATIVO POR SEXO DE LA VÍCTIMA**

FUENTE	TOTAL DE VÍCTIMAS	MUJERES	HOMBRES
Luis Diego Herrera (1991) 767 estudiantes de colegio de 12 a 18 años	77	62,80%	37,20%
Hospital Nacional de Niños de enero 1992 a junio 1994 edades de 0 a 14 años	381	63,25%	36,75%
Organismo de Investigación Judicial (1994)	577	87,86%	11,78%
Jeannette Cover (1995) 1250 estudiantes universita- rios de 18 años y más	744	51,08%	48,92%

Fuente: Aguilar, V; Solís, L; 1996.

**CUADRO # 9**  
**CUADRO COMPARATIVO POR RELACIÓN**  
**DEL AGRESOR CON LA VÍCTIMA**

Parentesco	Cover	Herrera	HNN	FUNCRESER	Batres***
Total de víctimas	204	70	76	960	100
Padre	2,9%	8,57%	14,47%	21,3%	40%
Padrastro	-	4,28%	23,68%	9,1%	20%
Tío	11,3%	11,42%	5,26%	11,6%	10%
Tía				10%	
Abuelo	2,5%	5,71%	9,21%	0,8%	3%
Amigo	-	4,28%	7,89%	6,6%	3%
Vecino	-	12,85%	14,47%	-	-
Hermano				5,8%	10%
Madre					1%
Desconocido	-	10,0%	19,73%	-	-
Otros parientes*	26,5%*	-	-	4,1%	-
Otros no parientes**	71,1%**	-	-	2,2%	-
Empleada doméstica					1%

\* Primas (os), padrastros, madrastras y otros (as) familiares políticos.

\*\* El novio (a), cuidadores (as), padrinos, madrinas, amigos (as) muy cercanos de la familia de la víctima y otros.

\*\*\* Algunos abusos fueron múltiples.

Fuente: Aguilar, V., Solís, L., 1996

Realicé ese estudio entre 1992 y 1995, con 100 víctimas femeninas de incesto evaluadas o sometidas a tratamiento en ese período. En parentesco, como se observa en el cuadro número 9, ocupa primer lugar el padre con un 40%, padrastro 20%, tío 10%, tía 10%, hermano 10%, abuelo 3%, amigo 3%, madre 2%, empleada doméstica 2%. El sexo del ofensor fue en el 96% masculino y en el 4% femenino.

Los estudios comparados en este cuadro se refieren a poblaciones de diferentes rangos de edad. Cover estudió población universitaria; Batres, población de la consulta privada, adolescentes y adultas; Herrera, población estudiantil de enseñanza media con edades entre 12 y 18 años; FUNCRESER, población infantil, adolescente y adultos y el Hospital Nacional de Niños atiende población de 0 a 14 años de edad. También tomar en cuenta que mi definición de incesto difiere de las otras investigadoras (es) y organizaciones.

### 3. MITOS

Los mitos sobre el incesto y el abuso sexual solo han contribuido a oscurecer el conocimiento, desproteger a las víctimas y brindarle impunidad a los ofensores.

Aún publicados en la más reciente literatura (Hyman, 1994) aparecen muchos mitos sobre la forma en cómo ocurre el incesto.

Estos mitos deben ser erradicados; han contribuido a que las víctimas sigan sintiéndose culpables, haciéndolas (os) más vulnerables, que los ofensores y sus apologistas sigan utilizando racionalizaciones para minimizar su responsabilidad y así la terapia no sea eficaz.

Los mitos más frecuentes acerca del incesto son:

- Los niños y las niñas mienten o inventan sobre el incesto.
- El incesto es poco frecuente.
- El incesto solo ocurre entre gente pobre o enfermos mentales.
- La madre es cómplice o culpable del incesto.
- Algunos tipos de incesto no causan gran daño.
- Las víctimas son usualmente adolescentes.
- Las niñas (os) provocan el incesto.

En contraposición a estos mitos se encuentran las siguientes realidades:

- Lo primero que debemos saber es que las niñas (os) no mienten sobre el incesto, mienten para decir que no ocurrió cuando se sienten intimidadas (os).
- El incesto es el abuso sexual infantil más común entre las niñas víctimas de abuso sexual tal como lo reportan estudios en Norteamérica (Russell 1986) y en Costa Rica (Batres, 1995)
- La mayoría de los abusadores no tienen antecedentes criminales ni son enfermos mentales. El incesto ocurre en todos los estratos sociales. Mi experiencia en este aspecto concuerda con hallazgos clínicos de otras estudiosas (os) del problema y coincide con la experiencia judicial.
- La responsabilidad total del incesto la tiene la persona que abusa sexualmente de la niña (o), dado que es una persona adulta en posición de poder, de quien la niña (o) depende.

- 
- La evidencia demuestra que todo tipo de incesto es destructivo. La severidad de las secuelas tiene que ver con otros factores asociados.
  - Estudios nacionales, como los citados en los cuadros demuestran que las víctimas de incesto son agredidas desde temprana edad, lo cual he confirmado en mi experiencia clínica.
  - Toda la responsabilidad del abuso recae en el agresor, no importa que edad tenía la niña (o) cuando el abuso ocurrió. Esto es claro por la diferencia de poder entre un adulto y una niña (o).

### III



# INCESTO Y TRAUMA

## 1. ANTECEDENTES

Las sobrevivientes de incesto desarrollan una serie de desórdenes psicológicos que comparten con otro tipo de víctimas, tal como en este capítulo lo describo en forma exhaustiva.

Las (os) terapeutas que cuentan entre la diversidad de sus clientas (es) a sobrevivientes de incesto, están en la necesidad de conocer estos complejos síntomas, pues esta información les permitirá una adecuada orientación clínica al planear el esquema de tratamiento y de investigación. Asimismo, para la creación de políticas orientadas hacia esta población.

En este apartado he hecho una recapitulación de los criterios que deberían estar presentes para establecer el diagnóstico del desorden de estrés post traumático. Para ello utilizo los esquemas elaborados por Herman que aparecen en su libro *«Trauma and Recovering»*, incluso el más reciente de los criterios diagnósticos, publicado en el DSM-IV (1995).

Herman tiene la virtud de incluir en su esquema diagnóstico las características vinculares de la víctima con el ofensor. Aspecto de gran importancia para comprender el cómo y el porqué de las relaciones entre víctimas de la violencia y sus ofensores (as).

Los traumas también producen desórdenes biológicos y estos deben ser conocidos por quienes aborden a personas traumatizadas, en el caso especial de este libro, se enfatiza en sobrevivientes de incesto.

Con la finalidad de hacer más comprensible la lectura es importante explicar los términos estrés, trauma y desorden, tal y como son utilizados en el presente texto.

- **Estrés:**

El término estrés se refiere a una alteración del equilibrio del organismo, física, psicológica y social, producido por un estímulo desencadenante

que puede desaparecer en cierto tiempo o dependiendo de la circunstancia, puede persistir por un período largo o ser permanente (Vargas, Víquez, 1993), sin un tratamiento adecuado. Según Sosa, el «*estrés es también el término con que se define el conjunto de fuerzas que el organismo humano pone en juego (cuando se enfrenta a situaciones o alteraciones del ambiente físico o psicológico) y se perciben como amenazantes para su equilibrio*» (Desplegable, s.n.p., s.f.).

Consta de tres fases: es en la primera fase cuando el organismo se activa fisiológicamente, es decir, su homeostasis se altera, lo que produce una gran descarga de adrenalina a través del sistema nervioso central.

En la fase segunda, o de resistencia, el organismo lucha por recuperar su equilibrio, a través del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (Vargas, Víquez, 1993).

La tercera fase, o de agotamiento, se da cuando fracasan los esfuerzos para restablecer el equilibrio corporal y es cuando aparecen las secuelas (infarto, hipertensión arterial, úlcera, asma, etc.).

El estrés es, entonces, un continuo, con respuestas mediadas por neurotransmisores a todo los sistemas del cuerpo humano.

- **Desorden:**

Un desorden se produce cuando una persona normal se expone a una situación anormal. Hay en este un desequilibrio de las funciones mentales pero no es una enfermedad mental endógena, sino la consecuencia de haber sido expuesta a un evento traumático. Si a la persona se le proporciona un tratamiento específico para las secuelas traumáticas, los síntomas desaparecerán o disminuirán, lo que permitirá que su calidad de vida sea más satisfactoria.

- **Trauma:**

Un trauma es el resultado de la exposición a un estrés extremo experimentado directa o indirectamente y se caracteriza por el desarrollo de síntomas especiales.

Tal como se plantea en el DSM-IV (1995) los eventos traumáticos experimentados directamente incluyen (aunque no están limitados) a los mencionados a continuación:



- Combate militar.
- Asalto violento personal como robo o secuestro.
- Violencia física sexual como el incesto.
- Ataques terroristas.
- Desastres naturales.
- Accidentes severos.

Los eventos traumáticos experimentados indirectamente manifiestan las siguientes características (aunque no son exclusivas):

- Daño severo.
- Muerte no natural por ataque violento, accidente, guerra o desastre.
- Ataque violento personal o daño experimentado por un familiar o amistad cercana.
- Enfermedad mortal de alguna hija (o).
- Muerte repentina de algún familiar o amistad cercana

Los desórdenes pueden ser muy severos y de largo plazo, especialmente cuando el factor estresante tiene que ver con la acción humana, como sucede en la tortura, la violencia doméstica o el incesto.

Como antecedentes de estos síndromes, es pertinente mencionar que desde la I Guerra Mundial ya se acuñaba el término «*shock de bombardeo*» y en la II Gran Guerra también se documentaron casos de estos trastornos en hombres combatientes (Freedman, 1975). Los síntomas fueron descritos como «*confusión, huida sin objeto, depresión, irritabilidad, ansiedad grave, pánico*» y en investigaciones de seguimiento se reportó que un 90% de ellos presentaban síntomas cinco y seis años más tarde (Freedman, 1975); síntomas que adquirieron mayor relevancia cuando se estudiaron los efectos traumáticos observados en los sobrevivientes del holocausto y la guerra de Vietnam (Herman, 1992).

Existen referencias mucho más antiguas sobre los efectos producidos por los traumas en los seres humanos, mencionados por Freud, Charcot, Brever y Janet, estos datan de fines de siglo XIX y principios del XX (Herman, 1992).

Estudios posteriores han modificado algunos conceptos, pero en general, mantienen en común el hecho de que eventos trascendentales, como por ejemplo la guerra, provocan fragmentaciones del sistema de autoprotección (Herman, 1992).

Las investigaciones sobre los efectos psicológicos traumáticos en mujeres, niñas y niños víctimas y sobrevivientes de violación, incesto, abuso sexual y violencia doméstica son de interés y confirmación más reciente (Finkelhor, 1984; Walker, 1989).

Hace pocos años aparecieron otras hipótesis inquietantes, tales como el llamado «*síndrome de la memoria inducida*». Este nuevo movimiento surge como contraposición de la recién adquirida conciencia, en el sentido de que el abuso sexual y el incesto causan severos traumas en las personas que lo han sufrido. Esta premisa pareciera ser otra artimaña de quienes desean regresar a la época de la impunidad de los ofensores y la revictimización de las sobrevivientes.

Esta pugna ha enfrentado a expertos y ha creado temores sobre las declaraciones y testimonios de las niñas (os) sobrevivientes de incesto y abuso sexual infantil.

La parte visible de esta controversia es la aceptación del mecanismo de represión o de disociación de recuerdos traumáticos (Mayer, 1995). La parte invisible es desacreditar de nuevo a las sobrevivientes y minimizar los graves daños del abuso, así como eliminar responsabilidad a los ofensores sexuales, que en su mayoría son hombres.

Herman en una capacitación brindada en 1993 en Costa Rica, como respuesta a la pregunta: «¿*Si hay la posibilidad de inducir recuerdos traumáticos?*» Ella contestó: «*Si los terapeutas tuviésemos ese poder, también tendríamos el poder de borrarlos*».

En realidad, los traumas parecen ser más bien situaciones muy frecuentes tanto por lo agitado y violento de la vida moderna, como por lo frecuente de la violencia contra las mujeres, niñas y niños dentro de sus hogares.

## 2. SÍNDROME DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO COMPLEJO

Herman, en su libro «*Trauma and Recovering*» (1992), plantea un esquema que incluye en forma sustantiva lo planteado en el DSM-IV, y agrega con mayor claridad el vínculo traumático que la víctima establece con el ofensor.

Herman describe el síndrome de estrés post traumático de la siguiente manera:

## 2.1. «SÍNDROME DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO COMPLEJO»

### 2.1.1. «Antecedentes de haber estado sometidas a un control totalitario por un período prolongado (de meses a años).

*Incluye rehenes, prisioneros de guerra, sobrevivientes de campos de concentración, sobrevivientes de algunos cultos religiosos. Personas sujetas a sistemas totalitarios en la vida sexual y familiar, tales como sobrevivientes de violencia doméstica, del abuso infantil físico y la explotación sexual organizada.*

### 2.1.2. Alteraciones en la regulación del afecto.

- *Disforia persistente*
- *Preocupaciones suicidas crónicas*
- *Autodenigración -causarse daño físico a sí misma-*
- *Enojo explosivo o extremadamente inhibido (puede ser alterno)*
- *Sexualidad compulsiva o extremadamente inhibida (puede ser alterna)*

### 2.1.3. Alteraciones de la conciencia.

- *Amnesia o hipernesia para los eventos traumáticos*
- *Episodios disociativos transitorios*
- *Despersonalización/ irrealización*
- *Experiencias revividas, ya sea en la forma intrusiva del de estrés post traumático o en la forma de preocupaciones constantes.*

### 2.1.4. Alteraciones en la autopercepción.

- *Sentimiento de invalidez o parálisis de la iniciativa*
- *Vergüenza, culpa y reproches*
- *Sentido de deshonra o estigmatización*

- *Sentimiento de ser completamente diferente a los otros (puede incluir sentido de especialidad, o total soledad, o creer que nadie puede entender lo que le sucede o identidad no humana).*

#### 2.1.5. *Alteraciones en la percepción que tiene del ofensor.*

- *Preocupaciones de la relación con el ofensor (venganza)*
- *Atribuciones no realistas del poder al ofensor*
- *Idealización o gratitud paradójica*
- *Sentido de relación especial o sobrenatural*
- *Aceptación del sistema de valores o de racionalizaciones del ofensor.*

#### 2.1.6. *Alteraciones en las relaciones con otros.*

- *Aislamiento y retiro*
- *Interrupción de relaciones íntimas*
- *Búsqueda repetitiva de un liberador/salvador (puede alternar con aislamiento/retiro).*
- *Falta de confianza persistente en otras (os)*
- *Fracasos repetitivos en la autoprotección*

#### 2.1.7. *Alteraciones en el sentido de pertenencia.*

- *Pérdida de fe*
- *Sentido de desesperanza y desesperación» (Herman, pp. 21, 1992).*

### 3. OTRO CRITERIO DIAGNÓSTICO PARA EL DESORDEN DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO

En el Manual Diagnóstico (DSM-IV) se establecen los criterios para establecer el diagnóstico del desorden de estrés post traumático. A continuación los transcribo con algunas modificaciones de estilo.

### 3.1. «DESORDEN DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO»

3.1.1. *La persona ha sido expuesta a un hecho traumático en el cual está presente lo siguiente:*

3.1.1.1. *La persona experimentó, fue testigo o fue confrontada con un hecho o hechos que involucraron muerte o amenaza de muerte o daño serio, o amenaza a la integridad física propia y de otros.*

3.1.1.2. *La respuesta de la persona involucró temor intenso, impotencia*

*Nota: En niñas (os), esto puede ser expresado, a su vez, por comportamiento desorganizado o agitado.*

3.1.2. *El hecho traumático es persistentemente reexperimentado en una o más de las siguientes maneras:*

3.1.2.1. *Recuerdos angustiosos intrusivos y recurrentes del hecho, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones.*

*Nota: En niñas (os) pequeñas (os) el juego repetitivo ocurre; el tema o aspectos del trauma pueden ser expresados de esa manera.*

3.1.2.2. *Sueños angustiosos recurrentes del hecho.*

*Nota: En niñas (os), puede haber sueños de temor sin contenido reconocible.*

3.1.2.3. *Actuar o sentir como si el hecho traumático fuese recurrente (incluyendo un sentido de vivencia de la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios de recuerdos disociativos, incluyendo aquellos que suceden al despertar o cuando se está intoxicado).*

*Nota: En niñas (os) pequeñas (os), una reactivación específica del trauma puede ocurrir:*

- 3.1.2.4. Angustia psicológica intensa al ser expuesto a pistas internas o externas que simbolicen o asemejen un aspecto del hecho traumático.*
- 3.1.2.5. Reactividad fisiológica al ser expuesto a pistas internas que simbolicen o asemejen un aspecto del hecho traumático,*
- 3.1.3. Evasión persistente de estímulos asociados con el trauma y adormecimiento de respuesta general (ausente antes del trauma), indicados por tres, o más, de los siguientes síntomas:*
  - 3.1.3.1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados con el trauma.*
  - 3.1.3.2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares y personas que susciten recuerdos del trauma.*
  - 3.1.3.3. Inhabilidad para recordar un aspecto importante del trauma.*
  - 3.1.3.4. Interés marcadamente disminuido de participar en actividades significativas.*
  - 3.1.3.5. Sentimiento de alejamiento o extrañeza hacia otros.*
  - 3.1.3.6. Ámbito de afecto restringido (Ej: imposibilidad de sentir amor).*
  - 3.1.3.7. Sentido de un futuro coartado (Ej: no espera tener carrera, matrimonio, hijos o expectativa de vida normal).*
- 3.1.4. Síntomas persistentes de angustia creciente (ausente antes del trauma), según se indica, por dos, o más de los siguientes:*

3.1.4.1. *Dificultad en conciliar el sueño o permanecer dormida (o)*

3.1.4.2. *Irritabilidad o explosiones de ira*

3.1.4.3. *Dificultad en concentrarse*

3.1.4.4. *Hipervigilancia*

3.1.4.5. *Respuesta sobresaltada exagerada*

3.1.5. *Duración de la perturbación (síntomas de Criterios 2, 3 y 4 por más de un mes).*

3.1.6. *La perturbación causa angustia clínica significativa o deterioro en áreas importantes de funcionamiento, sociales, ocupacionales y otras.*

*Es importante especificar si la perturbación es:*

- *Aguda: Si la duración de los síntomas es menos de 3 meses.*
- *Crónica: Si la duración de los síntomas es de 3 meses o más.*
- *Con inicio retardado: Si el comienzo de los síntomas es, por lo menos 6 meses después del trauma». (DSM-IV, pp. 426, 427, 428, 1995).*

#### 4. LA PSICOBIOLOGÍA DE LOS SÍNTOMAS POST TRAUMÁTICOS

Amplíe algunos aspectos de la fisiología del trauma y de los síntomas post traumáticos. Múltiples estudios han documentado que algunos de estos cambios son producidos por alteraciones fisiológicas. (van der Kolk, 1988; Herman, Waites, 1993) y que las secuelas de los traumas son una mezcla de lo biológico y lo psicológico.

Una nomenclatura de los síntomas post traumáticos es la siguiente y es la que Herman ha utilizado:

- 4.1. Los que se refieren a estados de hiperexcitación
- 4.2. A estados producidos por fenómenos intrusivos
- 4.3. A estados producidos por fenómenos constrictivos

#### **4.1. Hiperexcitación.**

La excitación fisiológica generada por el trauma se da como respuesta de alerta al peligro. Esta alteración se puede mantener por un tiempo prolongado.

Las personas que la sufren se sienten «*como cuerda de violín*». Es decir, mantienen sus cuerpos en una alerta permanente como para responder al ataque. Suelen hacerlo en forma que podría interpretarse exagerada a estímulos externos y tienen reacciones internas a estímulos que recuerdan eventos traumáticos. Además, «*esta excitación fisiológica produce trastornos del sueño, ya que los hechos traumáticos parecen reacondicionar al sistema nervioso humano*» (Herman, pp. 35, 1992).

#### **4.2. Intrusión.**

Cuando Herman describe esta categoría, se refiere a las irrupciones no controladas de recuerdos, pensamientos o emociones traumáticas. Estos fenómenos se dan durante la vigilia y en el sueño a través de las pesadillas, las que se consignan también en el criterio diagnóstico B del desorden de estrés post traumático (DSM-IV, 1995).

Los recuerdos suelen ser aterradores para la persona traumatizada porque vuelven con la misma intensidad de cuando fueron experimentados. Las pesadillas son tan vívidas, que al despertar producen grandes depresiones, o miedo a dormirse. Por semanas, las personas evitan el sueño y el insomnio se establece.

Estas alteraciones son tan fuertes que acaparan toda la vida diaria de la persona traumatizada y le obstaculizan un desarrollo armónico limitante de su eficiencia laboral y su mundo social y relacional. Los recuerdos no pueden describirse como tales, sino como si sucedieran en el presente. Carecen de narrativa verbal y de contexto, más bien se encuentran codificados con la forma de sensaciones y de imágenes (Herman, 1992).

Respuestas neuroquímicas protectoras se desencadenan durante los traumas y en aquellos en donde la persona no tiene control, se produce un descenso de la norepinefrina y la dopamina (Waites, 1993).



La memoria, que es la que codifica, almacena y recupera los recuerdos, puede alterarse. La reducción de norepinefrina, disminuye la capacidad de almacenamiento de la memoria y el aumento de la norepinefrina, aumenta la capacidad de retención de la memoria (Waites, 1993; van der Kolk, 1988).

Otro mecanismo protector es la producción corporal de analgésicos endomórficos que alivian el dolor y producen esa sensación de adormecimiento de las emociones. Waites afirma que el mecanismo, que usa sustancias adictivas, puede producir una adicción al «trauma», también descrita por van der Kolk, en 1987.

La repetición del trauma no es masoquismo como se ha propuesto, sino que estos eventos disparan este tipo de anestésicos o analgésicos químicos, los cuales son utilizados, tal como en la reactuación del trauma para la regulación interna. En estos procesos adictivos se *«interfiere el manejo de adaptación y se tiende a nublar el proceso cognitivo»*, (Waites, pp. 9, 1993), lo que impide a las sobrevivientes y víctimas, salirse de algunos entornos que las lastiman.

Existen muchos otros estudios que relacionan el estrés también con el descenso de defensas, a través de efectos negativos sobre la reparación del ADN (Waites, 1993).

### 4.3. Constricción.

Muchas personas ante el ataque se paralizan. Esta respuesta no ha sido analizada y reflexionada adecuadamente en los procesos judiciales seguidos a las víctimas y sobrevivientes de violación, incesto o violencia física.

Cuando se produce un trauma se desencadenan alteraciones de la conciencia, y estas producen situaciones parecidas a la hipnosis: *«Es como una especie de autohipnosis, en donde existe una suspensión del juicio crítico»* (Herman, pp. 42, 1992). Los sentimientos son mínimos, aparece un estado de calma que puede parecer indiferencia. El sentido del tiempo se altera, la persona pierde la capacidad de discriminar entre el paso de segundos, minutos u horas.

Es decir, pierde el sentido ordinario del tiempo y ubicación corporal, para ella el evento es como si no le ocurriera o lo estuviera viendo fuera de su cuerpo.

Esta es una reacción con frecuencia observable en la mujer agredida, minutos antes de ejecutar un acto violento, como matar en defensa propia. Estos fenómenos han sido conocidos como *«despersonalización y desrealización»* (DSM-IV, 1995).

La disociación es un fenómeno muy común en los síndromes traumáticos y su objetivo es protegerse del horror. Se dispara inconscientemente durante la experimentación de los traumas y puede durar desde segundos hasta horas.

El papel de los factores biológicos involucrados en la aparición de estos fenómenos, no están aún muy claros, pero se supone se dan en relación con la presencia de los narcóticos endógenos, Janet en el siglo pasado ya describió estos fenómenos constrictivos de la memoria y la conciencia, para explicar la amnesia post traumática (Herman, 1992).

Los síntomas constrictivos ocurren además en el campo de las acciones. Las sobrevivientes de la violación, a menudo, empiezan a recluirse después del trauma. Estos síntomas han mantenido a millones de mujeres dentro de su casa.

Las sobrevivientes de incesto cuando concierne a ellas, comúnmente no construyen un proyecto de vida más allá de una semana, pierden la esperanza de cualquier futuro.

## 5. LAS SECUELAS DEL INCESTO

El incesto deja huellas traumáticas que han sido descritas por varios autores: Briere, 1989; Blume, 1990; Batres, 1994, y estas a la vez han sido agrupadas en distintas categorías.

Hoy día mujeres y hombres buscan cada vez más terapia al identificarse como víctimas infantiles de abuso sexual o de incesto pues hay más conocimiento de los indicadores sobre abuso sexual infantil y de sus secuelas, que actualmente son con frecuencia transmitidas por los medios de comunicación.

Además, un mayor número de terapeutas, tienen a mano más información sobre el tema y pueden hacer una profunda exploración clínica y un mejor diagnóstico.

La presentación inicial en la solicitud de consulta, es el de una depresión, que la clienta (e) no asocia con el incesto.

Esta depresión contiene elementos disociativos y se pueden identificar, junto con los antecedentes de incesto en la infancia u otro tipo de abuso sexual infantil, un número importante de secuelas.

La evaluación de las sobrevivientes puede ser avalada usando varias herramientas utilizadas por varias autoras (es) entre ellas: Briere, 1989 ; Blume, citada por Batres, 1994; Batres, 1995; Cover, 1995. Todas ellas (os) han elaborado listados de las secuelas del incesto, coadyuvantes en el

diagnóstico. No toda la información se puede obtener en las primeras entrevistas. La evaluación es un proceso continuado. Las sobrevivientes y la (el) terapeuta deben recorrer juntas un largo camino, mientras se genera la confianza y la revelación puede completarse.

Briere (1989) desarrolló un listado bastante confiable, el cual permite enumerar los síntomas post traumáticos a largo plazo, presentes con mayor frecuencia en sobrevivientes de incesto.

Estos síntomas, coinciden con un estudio realizado por Batres, entre 1992 y 1995, con 100 clientas de su consulta privada, resultados presentados en el I Congreso Regional Norte de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría y el IV Congreso Nacional de Psiquiatría celebrado en setiembre de 1995, en la ciudad de Guatemala.

### **5.1. Secuelas del incesto y abuso sexual en adultas.**

Briere señala los síntomas siguientes como los más presentes frecuentemente:

- *«Insomnio temprano*
- *Sueño liviano*
- *Pesadillas*
- *Insomnio terminal*
- *Pérdida de peso*
- *Sentirse aislada de otros*
- *Soledad*
- *Poco deseo sexual*
- *Tristeza*
- *Memorias y recuerdos intrusivos*
- *Desconectarse*
- *Dolores de cabeza*
- *Problemas gástricos*
- *Llanto incontrolable*
- *Ataques de ansiedad*
- *Problema con el control del temperamento*
- *Problema de intimidad con otras personas*
- *Mareos*
- *Desmayos*
- *Deseo de hacerse daño físico*
- *Deseo de hacerle daño físico a otras personas*

- *Problemas sexuales*
- *Sobreactividad sexual*
- *Miedo a los hombres*
- *Miedo a las mujeres*
- *Lavarse en forma innecesaria o inadecuada*
- *Sentimientos de inferioridad*
- *Sentimientos de culpa*
- *Sentimientos de que las cosas son irreales*
- *Problemas de la memoria*
- *Sentimientos de no estar siempre en el cuerpo*
- *Sentirse tensa todo el tiempo*
- *Problemas para respirar*

*Los problemas del sueño comprenden:*

- *No sentirse descansada en la mañana*
- *Levantarse en medio de la noche*

*Los sexuales:*

- *No sentirse satisfecha con su vida sexual*
- *Tener sexo sin disfrutarlo*
- *Tener sentimientos y pensamientos negativos durante el sexo*
- *Confusión acerca de los sentimientos sexuales*
- *Sentimientos sexuales cuando no deberían tenerlos»*  
(Briere, pp. 190-191, 1989)

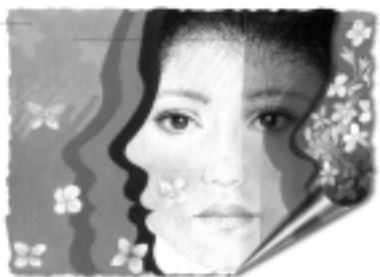
En el cuadro siguiente señalo las secuelas más frecuentes que he observado en un estudio con sobrevivientes. Esta observación fue realizada en mi consulta privada con 100 mujeres sobrevivientes de incesto, entre 1992 y 1995.

**CUADRO # 1**  
**SECUELAS OBSERVADAS MAS FRECUENTEMENTE EN**  
**100 CASOS ATENDIDOS EN CONSULTA PRIVADA POR BATRES**  
**1992 -1995**

CONDUCTUALES			EMOCIONALES			RELACIONALES			PROBLEMAS FÍSICOS		
TIPO	#	%	TIPO	#	%	TIPO	#	%	TIPO	#	%
Negativismo	80	80	Culpa	100	100	Baja autoestima	100	100	Cefaleas	60	60
Suicidio pasivo/activo	60	60	Vergüenza	100	100	Terror a relaciones sexuales o intimidad afectiva	100	100	Otros problemas psicosomáticos	60	60
Abuso de sustancias	15	15	Depresiones severas	100	100	Desconfianza	90	90	Úlceras gástricas	40	40
Cortarse la piel	10	10	Disgusto con el cuerpo	100	100	Dudas sobre su identidad (no significa homosexualidad)	60	60	Desórdenes de la piel	20	20
Actividad sexual indiscriminada	10	10	Enojo con la madre	100	100	Relaciones conflictivas	40	40	Personalidad múltiple	3	3
Ausencia de actividad sexual	10	10	Ambivalencia con el ofensor (a)	100	100	Anorgasmia	30	30	Otros diagnósticos como esquizofrenia	2	2
Desórdenes alimenticios (bulimia-anorexia)	10	10	Disociación y secuelas	100	100	Confianza indiscriminada	10	10			
Prostitución	5	5	Lagunas en la memoria	100	100						
			Crisis paralizantes frecuentes	90	90						
			Pesadillas traumáticas	90	90						
			Sensación de impotencia psicológica.	90	90						
			Dificultad para decir que no	60	60						
			Fobias	40	40						
			Ira	40	40						

Fuente: Batres, 1995.

# IV



# DINÁMICAS, TEORÍAS SOBRE INCESTO

## 1. LAS DINÁMICAS DE LA REALIZACIÓN DEL INCESTO Y EL ABUSO SEXUAL

A través de mi práctica clínica he aprendido que el arribo a la etapa de contacto físico o violación, en la mayoría de los casos, no es un proceso rápido, por el contrario, se dan una serie de fases las cuales han sido señaladas por otras autoras, entre ellas: SgROI en 1988 y Courtois en 1988.

Las fases son las siguientes:

### **1.1. La fase de atracción.**

Consta de tres elementos:

- 1.1.1. Acceso y oportunidad a la víctima.
- 1.1.2. Relación entre la víctima y ofensor (a).
- 1.1.3. La incitación conductiva usada por el ofensor (a) para envolver a la víctima.

### **1.2. La fase de interacción sexual.**

### **1.3. La fase del secreto.**

### **1.4. La fase de revelación.**

### **1.5. La fase de supresión posterior a la revelación.**

Estas cinco fases conservan la secuencia señalada y se dan regularmente con las respectivas variaciones individuales. Su repetitiva ocurrencia confirman su validez.

En la primera fase, lo codificado son los siguientes hechos: en el abuso sexual y el incesto, la mayoría de los ofensores son hombres o mujeres que tienen acceso a las niñas o niños; por lo tanto, hay un gran número de oportunidades para los ofensores.

En el incesto, por definición, los ofensores son familiares tan cercanos como el padre, abuelo, hermano o tío (Finkelhor, 1984; Buttler, 1985; Russell, 1986; Herman, 1992; Batres, 1995).

En el abuso sexual o violación (desde mi definición, si tienen relación con la víctima, es incesto) los ofensores son, como lo confirman la mayoría de los reportes: amigos, vecinos, sacerdotes, entrenadores, maestros u otras figuras con autoridad y acceso a las niñas (os) (Russell, 1986; Finkelhor, 1988; Cover, 1995; Batres, 1995).

Este tipo de relación facilita la oportunidad y proporciona el poder derivado de la autoridad que el perpetrador necesita. Esta posición permite al ofensor la modificación de los valores y percepciones de la niña (o), para introducir los propios.

Es el momento de la manipulación, cuando el ofensor le dice a la niña (o) cosas tales como:

- *«Que le hace esto porque la ama».*
- *«Ella es especial».*
- *«La adora».*
- *«Es un juego».*
- *«Lo hacen todos los padres».*
- *«Lo hace porque está en la Biblia».*

Y una innumerable cantidad de argumentos manipulativos traslocadores de los valores de la víctima, de tal manera que la violencia física no es muchas veces requerida. Ofrecen apoyo y dinero ya sea afectivo o económico a las niñas o niños en situaciones difíciles.

El primer acercamiento sexual no es siempre la violación, sino que esta se da a lo largo de un proceso lento, como cosquillas, «clases» sobre sexualidad, etc. En avanzada, tocan los genitales, el ofensor pide ser tocado, masturba a la niña, roza el pene sobre su cuerpo, etc.

En pocas situaciones, el primer contacto es acompañado de la penetración y de la violencia física, como el uso de armas. Estos son los casos que a veces se denuncian ante los tribunales o salen a la luz pública.



El secreto constituye una fase dentro de esta dinámica. Se manifiesta cuando la manipulación, el uso del poder, de la autoridad, del engaño, de la amenaza o de la violencia, se utilizan para que la niña o el niño no revelen lo que les está sucediendo. Con frecuencia el abusador se coloca como víctima; afirma que será encarcelado si ella (él) cuenta los hechos, o resquebraja su confianza afirmándoles que no les creerán, o les hace amenazas abiertas o sutiles sobre la reacción de la madre, o reafirma el sentimiento de importancia y el nuevo poder que sus atenciones les proporciona a las víctimas, que en algunos casos han sido descuidadas, así el ofensor les colma de un «*amor especial*», con favores y recompensas económicas, indicio de un claro aprovechamiento de la vulnerabilidad y necesidades de la pequeña niña (o).

Debe tenerse en cuenta también que al sexualizar prematuramente a la niña (o), se enfatiza y subraya el placer sexual fisiológico, lo que provoca mayor confusión en las víctimas y refuerza el poder del ofensor.

Durante la revelación, cuando las víctimas denuncian o es descubierto «*el secreto*», sea por sospechas, daños físicos observables, infecciones o embarazos en el caso de las mujeres, la víctima corre el mayor de los peligros (Herman, 1992). Esto porque el ofensor cambia su papel de seductor aliado al de violador cruel, para convertirse en el peor enemigo (a) de la víctima. Ella (él) se atrevió a dismantelar el castillo familiar en donde el poder y control del ofensor eran incuestionables. Si la sociedad ha reaccionado con la negación y justificaciones que buscan la impunidad, con mayor razón la familia de la víctima o del ofensor guardarán silencio. Entonces, la madre es a quien ahora el ofensor seduce en contra de la víctima.

Existe la creencia de que las madres reaccionan protegiendo al ofensor. En la realidad, es cierto que algunas de ellas responden con mecanismos de negación y con conductas caóticas. No obstante, en mi experiencia, un grupo significativo de madres protegen y creen a sus hijas (os). Es obvio que el incesto produce un impacto devastador, de ahí que las madres experimenten un proceso complejo, pero cualquiera que este fuese, no las hace responsables del abuso. Por el contrario, cuando las madres apoyan a la víctima, muchas veces reciben el rechazo de algunos miembros de la familia y casi nunca son vistas por las (os) terapeutas como otras víctimas. Esta dinámica siempre la tengo presente para comprenderlas mejor.

La retractación, el silencio o la supresión consciente o inconsciente del abuso, es un desenlace frecuente. En los sistemas de justicia cuyo personal

carece de capacitación, eficacia y conciencia, el proceso de la denuncia y del juicio, son propios para que la víctima se retracte.

A pesar de haber avanzado en la creación de una mayor conciencia al interior de nuestro sistema judicial, el largo proceso promueve dichas actitudes, las cuales son apoyadas abierta o sutilmente hasta por los familiares, quienes desean evitar la vergüenza pública. Si el ofensor se queda en casa, la presión «*para que todo se olvide*» es fuerte, dado que generalmente ellos tienen grandes poderes. Con mayor razón si es el proveedor único del hogar y utiliza esto para manejar los hilos del control familiar.

## 2. EL SÍNDROME DE ACOMODO AL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Muchos autores, entre ellos Summit, 1983, y Courtois, 1988, han descrito un síndrome que incluye y explica las respuestas que las sobrevivientes desarrollan frente al abuso sexual y al incesto.

Este síndrome está compuesto por cinco categorías, mencionadas por Courtois (1988) y estas son:

- El secreto
- La impotencia
- Atrapamiento y acomodo
- Divulgación retrasada conflictiva y no convincente.
- Retracción

Las sobrevivientes reaccionan de formas a veces impredecibles vistas desde afuera; este síndrome es de gran ayuda para explicar dichas conductas no solamente a los familiares y terapeutas sino a los juzgadores. Unos y otros suelen no tener la información psicológica que les permitan entender las reacciones de las sobrevivientes, analizadas a veces únicamente desde la lógica propia de la administración de la justicia.

### 2.1. El secreto.

Es impuesto por manipulación, amenaza, violencia o «*en nombre del amor*», que es la coerción más dañina que acompaña la violencia.

Luego viene la respuesta hostil y cínica del ofensor, desacreditando a la pequeña víctima o a la adolescente.

La familia, en colusión con él, hace preguntas inculpadoras,

que agravan los sentimientos de culpa y vergüenza y propician el secreto (Batres, 1994).

## **2.2. La impotencia.**

Se refiere a sentimientos de indefensión, vulnerabilidad y soledad aprendidos por la víctima en una familia en la cual amor es igual a coerción, violencia y explotación. Hogares donde son más peligrosos los familiares que los extraños y la habitación, la cama, lejos de estar poblados de cuentos infantiles y sueños felices, lo están de pesadillas y fantasmas.

## **2.3. EL atrapamiento y el acomodo.**

El atrapamiento y el acomodo, según Courtois, 1988, y Summit, 1983, se refiere a ese aprendizaje doloroso de la víctima de sentirse atrapada, traicionada y no escuchada. (Batres, 1994). Como todas las mañanas desayuna con su abusador (en el caso más frecuente, es el padre), o debe compartir con su madre el quehacer diario, hecho en extremo paradójico en el caso de la madre ofensora sexual, la víctima, para soportar estas situaciones, empieza a disociarse e invierte el proceso (Courtois, 1988; Batres 1994). Ella es ahora la mala o se comporta como tal, sobre todo, en la adolescencia, cuando la furia sale más claramente, o se acomoda de tal forma que se convierte en un modelo de niña madura y «normal». (Courtois, 1988; Batres, 1994).

## **2.4. Divulgación retrasada, conflictiva y no convincente.**

La cuarta categoría de Summit, 1983, y Courtois, 1988, es la divulgación retrasada, conflictiva y no convincente, y se refiere a una serie de formas de revelar el abuso.

Algunas sobrevivientes divulgan el secreto el secreto siendo niñas; después de una charla sobre prevención en la escuela relatan la historia a una amiga, que, a su vez, lo cuenta a su madre o maestra. En la adolescencia la revelación es hecha con más claridad desde el enojo y la connotación sexual de la victimización.

## 2.5. Retracción.

Si la familia no la apoya, o la justicia la agrede de distintas formas, hay una buena probabilidad de que la víctima se retracte. Así lo afirmaba Finkelhor (1992) en su visita al Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente (ILANUD), en Costa Rica. Las sobrevivientes de abuso sexual mienten, pero para decir que el abuso sexual nunca pasó. Por ello, una necesidad de la justicia es adecuar los procedimientos de entrevista a las sobrevivientes, sacar al abusador de la sala de juicio y acortar los procesos, además de preparar psicológicamente a las sobrevivientes y a sus familias (Batres, 1993).

## 3. OTROS ENFOQUES TEÓRICOS Y ESQUEMAS TERAPÉUTICOS SOBRE EL TRATAMIENTO DEL INCESTO

En una investigación bibliográfica sobre el tratamiento de las secuelas del incesto, realizada para documentar mi posición teórica y clínica, encontré más coincidencias que diferencias. Estas teorías en su totalidad se alejan en aspectos medulares del psicoanálisis y se acercan más a los nuevos conocimientos sobre los efectos del trauma en el ser humano. El modelo que asumo es la terapia género sensitiva de los síndromes traumáticos, que no incluyo en este capítulo por haberla explicitado en los capítulos anteriores y porque es un tema que atraviesa transversalmente el libro.

Revisé autoras (es) como: Henderson, 1990; Herman, 1992; Finkelhor, 1984; Buttler, 1985; Russell, 1986; Gil, 1988; Courtois, 1988; Putnam, 1989; Briere, 1989; Blume, 1990; y Waites, 1993; entre otras (os).

Estas teorías las he agrupado en cinco modelos:

### 3.1. La teoría feminista.

La terapia feminista propone los principios que a continuación se anotan y que enriquecen los postulados teóricos del quehacer terapéutico.

3.1.1. Todas las mujeres, los hombres, las niñas y los niños han sido y son afectadas (os) en forma adversa en una gran cantidad de maneras por la estructura sociocultural sexista.

- 3.1.2. Una meta general de la terapia feminista es incrementar las oportunidades para el crecimiento individual y colectivo y eliminar el sexismo y su impacto negativo.
- 3.1.3. Los factores socioculturales son la fuente de muchas perturbaciones emocionales.
- 3.1.4. Se deben examinar en terapia las contradicciones inherentes al intento individual para resolver conflictos, pues vivimos en un ambiente social que enseña los usos inapropiados del poder y limita el acceso a los recursos basándose en el género.
- 3.1.5. Hay que analizar los roles sexuales tradicionales y los arreglos de poder en las relaciones.
- 3.1.6. Se debe apoyar el conocimiento de la propia experiencia de opresión, lo que es esencial en el proceso de cambio.

Los problemas de las mujeres están relacionados claramente con factores socioculturales y un gran número de sus aflicciones se asocian con el hecho de ser mujer, ciudadana de segunda categoría y sometida a la violencia en forma ancestral (Batres, 1987). Así, los modelos tradicionales de terapia que centran en lo intrapsíquico su énfasis, excluyen los factores sociales y de género.

Por lo tanto, muchos de los síntomas psicológicos de las mujeres son intrínsecos a la condición de subordinación que caracterizan los roles tradicionales femeninos, pues la adquisición de género ha significado para la mujer el aprendizaje social de las normas que la obligan a aceptar lo que ha sido propio para su feminidad; esta imposición genérica es de por sí violenta.

## **3.2. La teoría de las dinámicas traumatogénicas.**

David Finkelhor es un reconocido investigador del tema del abuso sexual. Él ha propuesto un marco conceptual que permite la comprensión de los efectos del abuso sexual en forma sistematizada. Este trabajo lo realizó junto con Angela Brown. Posteriormente, fue publicado en un número impresionante de libros, artículos, referencias técnicas y modelos clínicos (Finkelhor, 1984, 1988).

En síntesis, plantea que el abuso sexual infantil y el incesto pueden ser vistos a la luz de cuatro dinámicas que responden a las respuestas traumáticas de este. Además, se pueden reconocer en otros tipos de traumas. Por lo tanto el elemento sexual es lo que convierte el abuso en un evento específico y único. La sexualidad como elemento traumático no está presente en ninguna otra historia traumática infantil como divorcio, negligencia, golpes y abuso psicológico, entre otras.

Durante el abuso sexual se producen en la víctima alteraciones cognoscitivas y emocionales hacia el mundo, traumas que distorsionan el concepto de sí misma, de su valor, de la visión del mundo, de sus capacidades afectivas (Finkelhor, Brown, 1988).

Estas distorsiones han sido divididas por Finkelhor en cuatro categorías. En el siguiente cuadro, después de algunas adaptaciones, las resumo así:

**CUADRO # 1**  
**DINÁMICAS RESPONSABLES DE LA CONCURRENCIA**  
**DE LOS TRAUMAS EN EL ABUSO SEXUAL INFANTIL Y EL INCESTO**

Características de la dinámica			
SEXUALIZACIÓN TRAUMÁTICA	ESTIGMATIZACIÓN	TRAICIÓN	IMPOTENCIA
1. La niña (o) es premiada por el ofensor para mantener una conducta sexual inapropiada para su nivel de desarrollo.	1. El ofensor culpa y denigra a la víctima.	1. El ofensor manipula la confianza de la niña (o) y se aprovecha de su vulnerabilidad.	1. El territorio físico y psicológico de la niña (o) es invadido contra su voluntad.
2. La niña (o), en vez de recibir afecto y protección, es explotada (o) sexualmente.	2. El ofensor y otras personas presionan a la niña (o) para que guarde el secreto.	2. La niña (o) es traicionada en su expectativa de que otras personas la protegen.	2. Esta invasión se da por mucho tiempo.
3. Las partes sexuales de la niña (o) son resaltadas en un momento inapropiado para su desarrollo.	3. La niña (o) siente vergüenza acerca de la actividad.	3. El ofensor no piensa en el bienestar de la niña (o).	3. El ofensor no escucha a la niña (o) y por el contrario la manipula o utiliza la fuerza.

4. El ofensor transmite como verdades conceptos erróneos respecto de la conducta y moralidad sexual.	4. Otras personas culpan a la niña (o).	4. La madre y el padre fallan en proteger a la niña (o).	4. La niña (o) vive con constante miedo.  5. La niña (o) no logra hacer que otras (os) la escuchen.
<b>Daño psicológico</b>			
<p>1. Se produce confusión acerca de la identidad sexual (no significa homosexualidad)</p> <p>2. Se produce una gran atención en los aspectos sexuales.</p> <p>3. Se produce gran confusión sobre las normas sexuales y el sexo y el amor.</p> <p>4. Se generan asociaciones negativas acerca de la actividad sexual.</p> <p>5. Se produce rechazo hacia la actividad sexual.</p>	<p>1. Culpa, vergüenza, sentimientos de estar «sucio» (o), de ser diferente a las demás.</p> <p>2. Pobre concepto de sí misma (o).</p>	<p>1. Se produce mucho dolor y depresión.</p> <p>2. Se generan conductas de dependencia extrema.</p> <p>3. Se daña la habilidad para juzgar si otras personas son de confianza.</p> <p>4. Se genera desconfianza.</p> <p>5. Se produce gran enojo.</p>	<p>1. Ansiedad y tensión.</p> <p>2. Una sensación de gran ineficacia.</p> <p>3. Afecta la capacidad de autocontrol del miedo.</p> <p>4. Identificación con el ofensor.</p>
<b>Manifestaciones en la conducta</b>			
<p>1. Conductas sexuales compulsivas.</p> <p>2. Actividad sexual precoz.</p> <p>3. Comportamientos sexuales agresivos.</p>	<p>1. Aislamiento.</p> <p>2. Abuso de alcohol y drogas</p> <p>3. Conducta antisocial.</p>	<p>1. Conducta dependiente.</p> <p>2. Se produce vulnerabilidad hacia el futuro que hace a la niña (o) propensa a la explotación.</p> <p>3. Se envían mensajes a nuestras niñas (os) de que su destino es ser víctimas.</p>	<p>1. Conductas fóbicas.</p> <p>2. Trastornos del sueño.</p> <p>3. Enfermedades somáticas.</p>

Manifestaciones en la conducta			
4. Promiscuidad.	4. Automutilación	4. Se crean miedos hacia las relaciones íntimas lo cual facilita conflictos de pareja en la vida de adulta.	4. Desórdenes alimenticios.
5. Prostitución.	5. Suicidio.		5. Conducta disociada.
6. Recuerdos negativos asociados con el sexo, dificultad para el orgasmo o para excitarse.			6. Fugas.
7. Fobias a la intimidad sexual.			7. Problemas escolares.
			8. Vulnerabilidad mayor.
			9. Conducta agresiva sobre todo con hombres.
			10. Conductas ilícitas.
			11. Se facilita la posibilidad de llegar a ser abusadora (or) -sobre todo en hombres-.

Fuente: Finkelhor, 1984.

### 3.3. La teoría del desarrollo personal.

En el Manual para sobrevivientes de incesto (Batres, 1994), incluyo algunos conceptos del daño causado por el incesto en el desarrollo personal. El incesto afecta los principios básicos del desarrollo humano y se dañan las siguientes necesidades humanas básicas:

**El amor:** Las pequeñas víctimas, al ser objeto de abuso, son dañadas en esta necesidad. Con frecuencia, la persecución del amor se convierte en una búsqueda frenética durante toda la vida.



**Validación:** Se refiere al apoyo y reforzamiento dados a los sentimientos de las niñas (os), a sus percepciones, sus ideas, su propio ser, su derecho a ser quienes son. Al negarles esta validación del abuso, ellas (os) aprenden que sus necesidades son de muy poca importancia, se sienten desvalorizadas (os) e incluso sienten que podrían morir.

**Dominio:** En su crecimiento normal, las niñas (os) desarrollan un sentido del dominio y control cuando actúan sobre el exterior y en este algo cambia. Esto ocurre cuando solicitan que algo no continúe y la situación se detiene. Las sobrevivientes de incesto aprenden que no tienen poder; no importa lo que hagan, no se les escucha, el abuso sigue. Ellas (os) interiorizan una ausencia de control sobre sus vidas.

**Aceptación:** Los seres humanos deben ser amados solo por ser, por existir, esperan ser queridos aunque no sean perfectos. Las sobrevivientes de incesto introyectan que no son amadas por sí mismas sino porque sirven a otra persona.

**Amor no posesivo:** Las niñas y los niños merecen ser queridas (os) libremente, no como una propiedad. En el incesto las víctimas son una posesión, internalizan que amor y deudas son sinónimos.

**Ego e integridad corporal:** Las niñas (os) en su desarrollo normal deben conocer dónde terminan ellas (os) física y psicológicamente y dónde empiezan otras personas. Son enseñadas (os) a establecer límites. El incesto destruye este aprendizaje. Las (os) sobrevivientes no existen como entes separados pues son consideradas como propiedades sujetas a toda clase de violaciones.

Las pequeñas víctimas desarrollan defensas primitivas para sobrevivir a la victimización en edades tempranas y básicas. Estas defensas psicológicas con frecuencia son observadas por sus padres y familiares y pueden ser: el rechazo, la minimización, la disociación, la proyección y la evitación (Courtois, 1988).

Cuando las víctimas del incesto llegan a la edad adulta las denomino SOBREVIVIENTES. ¿Por qué este nombre? Porque a pesar del horror, de una experiencia tan dolorosa, de tanta violencia, ellas están hoy aquí... vivas. Tienen la fuerza de aquellas que experimentaron una catástrofe, una tortura, una guerra y resistieron. El concepto «víctima/sobreviviente» des-

cribe la paradoja de quienes no obstante ser tan dañadas, desarrollan una gran fuerza de vida (Courtois, 1988).

En el proceso de curación ellas pueden usar toda esa 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 (Batres, 1994).

### **3.4. La teoría de los esquemas.**

Esta teoría presentada por McCann y Col (1988) describe los distintos significados de experiencias traumáticas para cada individuo, así como las emociones asociadas a ellas y la resultante sobre la psicología de la víctima.

Su base filosófica deviene de la filosofía crítica de Kant, que establece cómo la persona organiza su experiencia en forma activa. Tiene elementos de la teoría psicológica de esquemas, basada en las teorías de autores como Piaget y las bases cognoscitivas de George Kelly; todos estos autores citados por McCann y Col (1988).

Proponen que las sobrevivientes de incesto y abuso sexual presentan perturbaciones en sus esquemas internos desde varias áreas del funcionamiento psicológico e interpersonal. Estas áreas son:

- Seguridad
- Confianza
- Poder
- Autoestima
- Intimidad

Estas cinco porciones son dañadas de acuerdo con la edad en la cual el abuso se inicia. Es decir, las niñas (os) que fueron objeto de abuso a edades tempranas pueden presentar mayor perturbación en su seguridad y confianza.

Dentro de cada área, describen manifestaciones afectivas, cognoscitivas y conductuales de los esquemas negativos generados por el trauma.

#### **3.4.1. Esquemas sobre la seguridad personal.**

- Se daña la habilidad para cuidarse.

- Se crean sentimientos de seguridad negativos generadores de síntomas crónicos de ansiedad.

#### 3.4.2. Esquema sobre la seguridad con otras (os).

- Se daña la creencia de seguridad con respecto a otras (os).
- Las creencias de no dañar, ni ser dañada (o).
- Psicológicamente las reacciones son fobias, o sentimientos de vulnerabilidad.

#### 3.4.3. El esquema sobre la seguridad en sí misma (o).

- Se daña la habilidad para confiar en las propias percepciones y juicios.
- Las manifestaciones psicológicas son ansiedad, confusión y parálisis ante las decisiones.

#### 3.4.4. El esquema sobre la confianza hacia las otras (os).

- Se daña la habilidad para confiar en otras (os).
- Las manifestaciones psicológicas son sentimientos de desilusión, miedo a la traición y al abandono, enojo (esto se intensifica en relaciones de dependencia).

#### 3.4.5. El esquema sobre el poder de sí misma (o).

- Se daña la creencia acerca de la habilidad para controlar la vida, pensamientos y sentimientos.
- Las manifestaciones psicológicas son pasividad crónica, depresión y confirmación de estos sentimientos a través del suicidio.

#### 3.4.6. El esquema sobre el poder de las otras (os) sobre sí misma (o).

- Se daña la creencia de que las otras (os) no deben tener poder para controlar sus vidas.
- Las manifestaciones psicológicas son la vulnerabilidad a la explotación, la revictimización.

#### 3.4.7. El esquema sobre la autoestima.

- Se daña la creencia en el valor personal del respeto y la comprensión.
- Las manifestaciones psicológicas son los sentimientos de culpa, vergüenza, comportamientos autodestructivos, fragmentación, abuso de sustancias.

#### 3.4.8. El esquema sobre su estima por otras (os).

- Se daña la confianza hacia las otras (os) por el abuso y la traición.
- Las manifestaciones psicológicas son: enojo crónico, desprecio, rechazo por el cariño de otras (os) aislamiento, abatimiento existencial.

#### 3.4.9. Esquema sobre la intimidad consigo misma (o).

- Se daña la capacidad para autoconsolarse, confortarse y de estar consigo misma (o).
- Las manifestaciones psicológicas son ansiedad, desesperación, sentimientos de vacío interno, búsqueda de anestésicos químicos (como alcohol, drogas) y sexuales como promiscuidad.

#### 3.4.10. El esquema sobre la intimidad con otras (os).

- Se daña la capacidad de conectarse con las (os) demás.
- Las manifestaciones psicológicas son miedo al afecto, insatisfacción sexual, dificultad para las relaciones íntimas, sentimientos de desesperación.

### 3.5. La teoría de la pérdida.

El incesto y el abuso sexual producen una pérdida de la identidad del yo, de la seguridad, del control y lleva a un resquebrajamiento de los supuestos básicos que los seres humanos debemos consolidar durante nuestro desarrollo, para crecer en el contexto circundante. Una (o) necesita creer

que las cosas malas le suceden a las (os) demás, este mecanismo de negación positiva nos permite lidiar con los desastres, suponer la existencia de justicia y que el mundo tiene significados comprensibles. Todo tipo de victimización implica una pérdida que exige nuevas propuestas para la vida (Courtois, 1988).

Para las sobrevivientes de incesto, las pérdidas son irreparables; en el caso de incesto madre/hija no recuperarán una madre buena, ni una infancia feliz.

La aceptación de las pérdidas al interior del proceso terapéutico, es siempre motivo de resistencia y de grandes dolores. Los cuales pueden manifestarse muchas veces con enojo o gran depresión.

Admitir la pérdida es admitir el descontrol sobre las circunstancias producidas por el dolor y sobre quienes lo infligieron. Aceptar que no se podrá hacer el amor con total seguridad, que la gente produce miedo, causa dolor. Este duelo conduce, no obstante, a la curación y es un proceso inevitable para lograrla (Courtois, 1988; Herman, 1992; Batres, 1994).

### **3.6. La teoría racional emotiva.**

Esta teoría proporciona las bases para *«una clase de tratamiento en que la persona con dificultades, aprende a manejar sus emociones, reemplazando las ideas irracionales por otras racionales»* (Bruno, pp. 263, 1986).

Según Ellis: *«El foco de la terapia racional emotiva es que gran parte de las perturbaciones psicológicas de las personas son el producto del pensamiento ilógico e irracional y que una manera de sanarse es aprender a minimizar lo irracional y suplantarlo por el pensamiento racional»*. Este autor aboga por una técnica terapéutica *«más directa, persuasiva, sugestiva y lógica»* (Ellis, pp. 39, 1980).

Su teoría compartida por mí en algunos aspectos, se basa en *«la presunción de que la emoción y el pensamiento humano, no son dos procesos dispares o diferentes, sino que tienen coincidencias significativas y algunos aspectos, sobre todo en las intenciones prácticas son la misma cosa»* (Ellis, pp. 40, 1980).

Wolfe (1987) plantea también un sistema terapéutico, inspirado en esta teoría y con perspectiva de género, el cual puede utilizarse en grupos femeninos, cuya orientación sea dirigida hacia el control de tres problemas principales:

- La autoaceptación
- El aprendizaje de destrezas y conductas eficientes
- El manejo de la frustración y la cólera

A lo anterior agregó: facilitar el cuestionamiento de las creencias, doctrinas y conceptos distorsionados, aspectos mencionados por Shader (1994):

Aunque este modelo presentado por Wolfe no es específico para sobrevivientes de incesto, aporta algunos elementos muy útiles para el tratamiento en los grupos y de este he tomado algunas técnicas.

Esta terapia propone que se trabajen terapéuticamente las siguientes áreas:

- 3.6.1. «*Los debes*» y «*los tienes*» introyectados por las mujeres, en razón de su sexualidad y así proporcionales un método concreto para enfrentarlos.
- 3.6.2. La culpa, para ayudar a las mujeres a dejar de culparse por sus conductas de sobrevivencia.
- 3.6.3. La confianza, consolidando la autoafirmación personal, y no enfocarla como un privilegio solo para hombres.
- 3.6.4. La autonomía, fomentando en la clienta (e) la fijación de metas y la autoterapia.
- 3.6.5. Aumentando la conciencia, ayundándolas a entender las frustraciones derivadas de vivir en una sociedad sexista y apoyándolas en sus luchas por los cambios sociales (Wolfe, 1987).



## RELACIÓN TERAPEUTA - SOBREVIVIENTE

El tratamiento de las secuelas del incesto requiere de una absoluta credibilidad por parte de la (el) terapeuta de los hechos tal como los declara la sobreviviente. Implica un conocimiento profundo de los efectos del incesto, a la luz de las más modernas teorías sobre los desórdenes traumáticos, demanda una aceptación incuestionable de lo que constituye el incesto: un evento de alta letalidad. Es una violación del cuerpo, del desarrollo y del bienestar rayana en el intento de homicidio.

Todos los tratamientos orientados a minimizar el suceso traumático, a interpretar que este sea una fantasía o un deseo, o el utilizar conceptos derivados de las teorías freudianas, orientadas en este sentido, representan para la sobreviviente, una «segunda herida», agravante de sus secuelas. Esto colocaría a la (el) terapeuta en una condición poco ética de encubridora o encubridor, cómplice y agente iatrogénico; posiciones contrarias a su primordial función, como es la de curación, de alivio y de respeto por las experiencias de sus clientes.

Muchas autoras (es), entre otras (os) Courtois, 1988; Breire, 1989; Meiselman, 1990; Herman, 1992, y Batres, 1994, demostramos cómo en la retrospectiva del incesto en sobrevivientes no tratadas cuando niñas, emerge una clase de dolor y consecuencias muy destructivas, que evidencian la urgencia de abandonar cualquier modelo que obstaculice a las niñas víctimas de abuso y a las sobrevivientes, una ayuda efectiva, creíble y solidaria.

En la niñez el daño puede pasar desapercibido a unos ojos no entrenados. Tal situación podría interpretarse como una ausencia de lesiones. Generalmente en la adolescencia o vida adulta, esta bomba de tiempo explota de múltiples y variadas formas.

La Fundación Ser y Crecer la constituí para tratar el incesto. Por años, se validaron y ejecutaron con mucho éxito programas dirigidos al tratamiento del incesto y abuso sexual diseñados de manera específica para este problema. Esto porque se quería romper con el abandono terapéutico en que estaban las víctimas y sobrevivientes. Por esta época, ya había amplia



bibliografía que respaldaba el enfoque terapéutico iniciado, avalándolo como el más apropiado.

Las sobrevivientes tradicionalmente no han recibido atención especializada. El incesto se ha tratado únicamente como un aspecto más de una terapia y no como un evento traumático de tal magnitud que necesita ser atendido en su especificidad. En realidad, hubo y hay carencia actualmente de experiencia en este sentido en América Latina, lo cual agudiza las dificultades para el abordaje apropiado.

Incluso terapeutas bien claras acerca de la gravedad y efectos nocivos del incesto mantienen a sus clientas (es) en terapias no especializadas y no las refieren a especialistas. Las (los) terapeutas deberían conocer la posibilidad de que si una sobreviviente recibe terapia individual, no está contraindicado la asistencia alternativa a una terapia grupal para víctimas o sobrevivientes de incesto, siempre y cuando, ambas terapias coincidan en la filosofía sobre el tratamiento del incesto y las (os) terapeutas hayan sido entrenadas (os) sobre el tema.

Si a través de procesos psicoterapéuticos no específicos para el incesto, se descubre que la clienta (e) presenta «*personalidad múltiple*», como secuela de este, es preferible referirla (o), sin mayor dilación, a una persona experta.

## 1. EL PAPEL DE LA (EL) TERAPEUTA

Del Manual para sobrevivientes (Batres, 1994), transcribo características deseables para el perfil de una (un) terapeuta en el tema del incesto:

- Haber recibido entrenamiento en la perspectiva de género.
- Haber trabajado el tema del poder.
- Saber lidiar con su dolor.
- Conocer los límites y reglas que protegen a las sobrevivientes durante la relación grupal.
- Aceptar que el incesto y el abuso sexual contra las niñas y los niños son un delito.
- Reconocer que la terapia de familia o de pareja no es un enfoque apropiado en esta fase del proceso de apoyo.
- Admitir la validez del trabajo en grupo.
- Sentir comodidad al tratar aspectos de la socialización y discriminación.

- Aceptar que sus valores y normas pueden ser comunicados a la clienta (e).

Por lo tanto, tener la responsabilidad de explorar sus valores y reconocerse como persona socializada en un mundo sexista, cuya transformación es indispensable.

Es necesaria una gran sensibilidad hacia la discriminación experimentada por las niñas (os), las ancianas (os), las (os) pobres, las discapacitadas (os), los grupos étnicos, raciales, y las personas que tienen orientaciones sexuales diferentes.

Este proceso terapéutico debe estar basado en un compromiso por la igualdad entre mujeres y hombres y una relación lo más simétrica posible entre terapeuta y clienta (e).

Estar dispuesta (o) a adquirir el compromiso personal y profesional de luchar por el cambio de la sociedad.

A lo largo de mi experiencia clínica he aprendido que el papel de la (el) terapeuta es mucho más complicado que lo anotado anteriormente. Las relaciones transferenciales y contratransferenciales que surgen son de gran fuerza, por la complejidad de los hechos, de los dilemas inherentes al incesto y de las dramáticas oscilaciones emocionales y conductuales sufridas por las sobrevivientes durante la terapia.

Ella puede ser grupal o individual, o bien, como sugerí antes, una clienta (e) puede asistir a ambas. Las técnicas grupales pueden aplicarse también en la terapia individual. Lo importante es la filosofía de la (el) terapeuta, el marco teórico de la terapia y el entrenamiento que haya recibido. Esto último es de vital importancia.

Cuando se trabaja como terapeuta de víctimas infantiles y sobrevivientes de incesto, hay que disponerse a oír sobre grandes dolores, necesidades, enojos y desesperaciones. Pero, además, luchar contra ambivalencias, dependencias hacia ofensores, secretos muy secretos, placer sexual derivado de la relación sexual o placeres psicológicos producidos por la posición en que colocan a la niña (o) algunos ofensores. La (el) terapeuta escuchará sobre actos atroces y esto la (o) involucra como testigo, lo cual la (o) enfrenta a una clara visión de la gran injusticia y soledad vivida por las sobrevivientes, es decir, la (el) terapeuta adquiere tarde o temprano un compromiso moral (Herman, 1992).

La (el) terapeuta tendrá siempre presente, que ante cualquier vivencia que haya tenido la pequeña niña (o), el incesto siempre es abusivo, dadas

las diferencias de poder entre adultas (os) y niñas (os), la dependencia derivada de esta y de la violación de todo tipo que se da. Recuérdese el concepto de incesto explicado en el capítulo III. La víctima nunca es culpable, cualquiera que sea su circunstancia (Meiselman, 1990; Finkelhor, 1984; Briere, 1989; Courtois, 1988; Herman, 1992; Batres, 1994).

La (el) terapeuta debe ser una testigo incondicional, pero no indulgente; nutriente, pero no sobreprotectora (or). Su papel es al mismo tiempo relacional e intelectual y debe propiciar en la sobreviviente la introspección, la conexión consigo misma y con los demás (Herman, 1992). Debe mantener límites claros y precisos sobre su relación con la (el) clienta (e), quien muchas veces intentará manipular a la (el) terapeuta buscando mayor protección y seguridad. Tener habilidades clínicas para intervenir en caso de crisis, intentos de suicidio o ataques de pánico (Courtois, 1988; Briere, 1989; Herman, 1992).

La (el) terapeuta experimentada (o) conoce que los principales traumas psicológicos producidos por el incesto son la pérdida de poder y la desconexión con los demás. Este conocimiento la (o) capacita para aceptar como más apropiado el tratamiento grupal, pues es el más efectivo, aunque estas tareas puedan lograrse, más lentamente, en la terapia individual. La (el) terapeuta debe tener muy claro que la sobreviviente es la experta de su recuperación (Herman, 1992; Batres, 1994). Su papel es promover la adquisición de ese poder y del control de la vida de la clienta (e).

Por más simetrías que intentemos establecer como terapeutas, las relaciones establecidas en la terapia nos dan más poder frente a personas que fueron sometidas a controles autoritarios y sádicos. La (el) terapeuta debe cuidarse de no ser prepotente o usar la supremacía en forma inadecuada; esta debe ser una herramienta para inducir hacia el proceso de curación.

## 2. LA TERAPIA CON SOBREVIVIENTES DE INCESTO

Hacer terapia es un arte que se aprende. Es una práctica científica, que supone muchas aptitudes como: disciplina, concentración, interés, respeto, sentido común, sensibilidad y compromiso. Pero también requiere de entrenamiento y supervisión.

Hacer terapia para víctimas infantiles y sobrevivientes de incesto con éxito, implica una experiencia clínica prolongada y debe hacerse bajo supervisión durante los primeros años de la práctica profesional.

Por más de 10 años me he dedicado a esta práctica clínica y este tiempo me ha permitido avanzar mucho en la comprensión del papel de la (el) terapeuta, de las metas y etapas que se deben recorrer en la terapia del incesto. He aprendido que la sanación de las heridas que el incesto inflige requiere a veces de largos procesos, sobre todo si la experiencia sexual infantil se acompañó de otros abusos, en especial aquellos tan sádicos que parecen surgidos de un mundo no real.

En este lapso de trabajo con el problema del incesto he podido diagnosticar a cinco clientas con personalidad múltiple y dado que las (os) terapeutas de nuestra región carecen de experiencia en este diagnóstico y su respectivo tratamiento considero necesario compartir conocimientos y experiencias al respecto. Por esto dedico en este libro un capítulo a este tema.

En la terapia con sobrevivientes de incesto es necesario modificar un poco los roles terapéuticos aprendidos. Hay que asumir actitudes más directivas, más fraternales y sororales, menos interpretativas, más atentas hacia los intensos sentimientos positivos y negativos surgidos de la terapia. La (el) terapeuta debe tener presente que a una semana de mejoría extraordinaria, puede sucederle una crisis en donde la desesperanza o la ira son casi incontrolables. Los síntomas traumáticos son desórdenes complejos y requieren, a su vez, de un complejo sistema de acciones (Bates, 1994).

La mejor terapia es aquella que incide sobre los procesos y su progresión. Una (un) terapeuta no debe sentarse frente a una sobreviviente o un grupo, sin tener claridad en por qué, cómo y hacia dónde va. No tener luz acerca de los objetivos, la filosofía, las vicisitudes de la terapia, la transferencia y la contratransferencia, la dialéctica del trauma, puede hacer más daño que si no se interviniera del todo. Esta es una preocupación cada vez más fuerte en mí, razón por la cual surge este libro que pretende dar respuestas a esas inquietudes.

A continuación incluyo algunos conceptos explicativos psicodinámicos, útiles para la comprensión y que puedan ayudar a las (os) terapeutas en sus esfuerzos a favor de estas (os) clientas (es) (Shader, 1994).

## **2.1. Represión.**

Es el proceso por medio del cual recuerdos y sentimientos son alejados de la conciencia. Constituye un mecanismo protector y es un tipo de olvido selectivo, frecuentemente está relacionado con recuerdos traumáticos o con-

flictivos. La represión es un mecanismo muy utilizado por las (os) sobrevivientes de incesto y abuso sexual.

### **2.2. Disociación.**

Involucra alteraciones o perturbaciones de la memoria, de la conciencia y de la identidad. Pueden aparecer súbitamente y ser temporales o de aparición gradual y crónicos en su curso. Es un mecanismo presente en las víctimas y sobrevivientes de incesto y abuso sexual .

### **2.3. Negación.**

Es un mecanismo de defensa cuya función es desviar el estrés y la ansiedad negando en forma inconsciente sentimientos e información perturbadora.

### **2.4. Proyección.**

Consiste en dirigir hacia otras personas los sentimientos y los pensamientos personales que no son aceptables en el momento en que son experimentados y permiten a la persona sentirse menos perturbada y justificada.

### **2.5. Racionalización.**

Se refiere a la creación de una explicación falsa, pero lógica para la persona que la construye, del comportamiento de otras personas o de sí misma, con el fin de hacer las experiencias menos perturbadoras.

### **2.6. Regresión.**

Es el regreso a mecanismos infantiles utilizados para enfrentar tiempos de confusión y estrés agudos, se presenta generalmente cuando las personas se sienten abrumadas o ansiosas por sus enfermedades o como secuela post traumática.

### **2.7. Actos autodestructivos.**

Son reportados por las (os) clientas (es) como una especie de alivio. En ocasiones no sienten dolor mientras se cortan o golpean. Alejan el terror de

los recuerdos intrusivos. El acto es precedido, según sus propias palabras, «*de un estado de trance*», que no es sino la disociación que los precede. Simultáneamente sienten un caos interno, que obedece a la desintegración interna.

Según van der Kolk y Col (1987) la función de la autodestrucción es reguladora de los estados afectivos y la homeostasis biológica. Los actos autodestructivos son de mayor gravedad dependiendo de la naturaleza del trauma, el grado de disociación y la edad que tenían las niñas (os) cuando ocurrieron los traumas.

Mi experiencia clínica confirma estos datos. Dos de las integrantes grupales descritas en el Capítulo VII, a las que denomino «*Siempre Viva y Flor del Paraíso*», fueron las que presentaron numerosos actos autodestructivos, tales como intentos de suicidio, autogolpes y autocortadas. Ellas fueron víctimas de actos incestuosos maternos, paternos y de otros familiares, acompañados de gran sadismo y sus abusos empezaron a edades muy tempranas.

### 3. TRANSFERENCIA

Se entiende por transferencia al concepto que designa la relación entre la clienta (e) y la (el) terapeuta dentro de la terapia y el proceso mediante el cual los deseos inconscientes de la clienta (e) se trasladan a la (el) terapeuta, como situaciones vividas en la infancia (Fedida, 1988).

Según Shader (1994), la transferencia se refiere también a atribuciones inconscientes no solo orientados a personas sino también a instituciones; son sentimientos que originalmente estuvieron conectados con alguien del pasado. La transferencia a veces puede ser cultural o racial y puede interferir con el tratamiento y su efectividad.

### 4. TRANSFERENCIA TRAUMÁTICA

Herman llama a la transferencia dada en las sobrevivientes «*transferencia traumática*» (Herman, pp. 136, 1992). Esta tiene sus explicaciones y orígenes en el tipo de experiencias que las víctimas y sobrevivientes han vivido.

Las experiencias traumáticas se dan en personas que:

- Tuvieron el inicio del abuso especialmente en la infancia .
- Y sobre todo al interior del hogar en donde hubo amenazas de muerte, terror constante, crueldades inimaginables, ambivalencias indescifrables, dependencias imposibles de eliminar, impotencias o sexualización traumática.

Estas experiencias no tienen nada en común con otro tipo de historias de clientas (es) en psicoterapia, de cuyos casos se derivan los estudios de la transferencia.

Las sobrevivientes de incesto han vivido bajo el más absoluto de los terrores. Esta pavorosa sensación de estar bajo peligro permanente, las impulsa a buscar en la figura de la (el) terapeuta la persona destinada a salvarla; a «adoptarla», como me solicitó una de mis clientas con personalidad múltiple. A veces no quieren retirarse del consultorio cuando la sesión termina. Esta es, por supuesto, una idealización hecha por la sobreviviente de la (el) terapeuta.

Como es imposible responder a este tipo de demandas, las sobrevivientes pueden pasar de estos sentimientos a resentimientos por momentos no controlados, que las llevan a faltar a sesiones, a enojarse explícitamente, a bloquear el trabajo no cumpliendo con tareas o a sentirse abandonadas e incomprendidas.

Grandes paradojas debe enfrentar la (el) terapeuta. La clienta (e) ha sido traicionada cuando niña y ahora necesita confiar, pero este camino se recorre paso a paso. Necesita ser amada, pero se odia tanto a sí misma, que es incrédula al amor y al respeto (Courtois, 1988). La ira es un sentimiento frecuente y puede desencadenarse por el mismo hecho de ser protegida por el grupo o la (el) terapeuta; solicita ser protegida pero desencadena más enojo que alegría.

La sobreviviente siempre está atenta a las señales de rechazo. Cuando estas se dan, las identificará con claridad. Otras veces, en ausencia de rechazo, distorsionará comportamientos de la (el) terapeuta y los interpretará como rechazo (Courtois, 1988). Aún en situaciones explicadas a priori como ausencias temporales de la (el) terapeuta, la certeza del rechazo es enorme. Las sobrevivientes aprendieron a reconocer las conductas y emociones de sus ofensores, este aprendizaje patológico, lo llevan a la terapia y lo transfieren a la (el) terapeuta y a sus compañeras de grupo; sospechando de las buenas intenciones, permanecen en una constante vigilia. Al hacer terapia con sobrevivientes, debemos ser conscientes de la presencia, en forma simbólica, del ofensor.

Las sobrevivientes tienen grandes ambivalencias hacia sus ofensores y las trasladan hacia la (el) terapeuta. Como se describe en las personalidades fronterizas, hacen identificaciones proyectivas muy intensas (Herman, 1992).

La transferencia más compleja, son aquellas dadas en las clientas (es) con personalidad múltiple, fragmentadas como ellas y en algunos casos sexualizadas. Transferencia que también puede estar presente en otro tipo de sobreviviente (Putnam, 1989).

Los intentos de suicidio, la automutilación y la incapacidad para cuidarse colocan a la (el) terapeuta ante grandes demandas.

La terapia de grupo alivia el apoyo tan exigente de la sobreviviente al tener compañeras a quienes solicitarlo, no obstante montará en ira o se sentirá despreciada cuando la (el) terapeuta no está presente en todas sus crisis.

Las pérdidas que la sobreviviente debe aceptar como una realidad, generan mucho dolor. Este puede ser transferido a la (el) terapeuta, a la vez que anida un gran terror de perderla (o). Para evitar estos sentimientos, la clienta (e) puede iniciar conductas autodestructivas, al culparse por la posible pérdida, o boicotear la terapia con mecanismos de defensa ya superados (Courtois, 1988).

## 5. CONTRATRANSFERENCIA TRAUMÁTICA

Según Fedida: «*Contratransferencia es un concepto por el que se definen las reacciones transferenciales del terapeuta, con la transferencia del paciente. El análisis de la contratransferencia es muy útil y ayuda al terapeuta a comprender sus reacciones frente al paciente*» (Fedida, pp. 56, 1988).

Por otro lado, Grimberg agrega: «*La contratransferencia traumática se puede dar también por el excesivo uso, por parte del paciente, de la identificación proyectiva*» (Grimberg, pp. 137, 1981).

Esta se produce como resultado de una excesiva identificación de la clienta (e), con la (el) terapeuta, la cual no es percibida conscientemente por esta (e).

En una de las más difíciles sesiones con una sobreviviente, ella contaba al grupo que su madre la amarraba desnuda sobre una mesa, le tocaba sus genitales, o le introducía una manguera «*para limpiarla de otros abusos sexuales*» hasta sacarle sangre; todas las integrantes del grupo lloraban. Al finalizar la sesión, una persona me llamó por teléfono y no pude entenderle ni una sola palabra. Parecía como si hubiese olvidado todo lo que sabía sobre mí misma, el lenguaje y el mundo. Me tomó dos días recuperarme de



este impacto. Herman llama a este fenómeno «*contratransferencia traumática o traumatización delegada*» (Herman, pp. 140, 1992), que induce a la (el) terapeuta a experimentar el mismo terror, rabia, desesperación y disociación de la sobreviviente.

Las terapeutas que trabajamos con sobrevivientes no debemos hacer esta tarea tan solas (os), necesitamos el apoyo de otras (os) colegas expertas (os) en este modelo de terapia.

Escuchar tantas y tantas historias de terror, sadismo, traición, violencia, indiferencia familiar, social e institucional, provoca en la (el) terapeuta comprometida, un creciente enojo que en las primeras etapas de su práctica clínica, la puede llevar a «*pelearse con el mundo*». Poco a poco, el análisis de la contratransferencia atempera este sentimiento contratransferencial, que nada tiene que ver con el legítimo enojo frente a la injusticia y la impunidad.

Al inicio de la práctica con este tipo de clientas (es) muchas (os) terapeutas se convierten en salvadoras (es). Hasta quisieran llevarse a la clienta (e) a su casa y proporcionarle los cuidados que nunca tuvo. Este es un comportamiento peligroso, tanto para la (el) terapeuta como para la clienta (e). El actuar en exceso como protectora (or), acrecienta en la clienta (e) la certeza de su impotencia para cuidarse, aumentando la transferencia traumática. Los psicoanalistas John Maltzberger y Dan Bviev, citados por Herman, lanzan una advertencia similar:

*“Las tres condiciones más comunes son las aspiraciones de sanarlo todo, saberlo todo y amarlo todo. Como tales dones no son asequibles a los terapeutas contemporáneos más de lo que lo fueron para Fausto..., el terapeuta estará sujeto a sentimientos de desamparo y de desaliento que lo tentarán a resolver este dilema por medio de una acción mágica y destructiva» (Herman, pp. 143, 1992).*

La (el) terapeuta puede sufrir cualquier síntoma del desorden de estrés post traumático, por ser oyente de tan terribles relatos y estar sometida (o) a las fluctuaciones de la conducta de las sobrevivientes, que en una semana cambian desde el aparente funcionamiento integrado hasta el intento de suicidio; de planes para matrimonio a la automutilación.

Las (os) terapeutas necesitan trabajar sus propias historias infantiles de victimización. Muchas (os) profesionales en psicología, trabajo social y

psiquiatría se acercan a entrenamientos sobre incesto más para entender sus propias biografías, que las de sus clientas (es). Estas reacciones contra-transferenciales son inherentes al proceso. Por lo tanto, debe existir un mínimo de garantías protectoras tanto para la clienta (e) como para las (os) terapeutas. Son las metas, las reglas, los límites terapéuticos, el apoyo y supervisión para la (el) terapeuta.

## 6. IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA

A lo comentado me parece útil agregar el concepto de identificación proyectiva observado con frecuencia en este tipo de terapia.

Este es un término kleiniano que «*designa una forma particular de identificación agresiva y persecutoria*». (Fedida, pp. 106, 1988).

La identificación proyectiva, según Gringber (1981), es un mecanismo por el cual la clienta (e) proyecta aspectos o partes suyas sobre la (el) terapeuta. Esta, a los ojos de la clienta (e), adquiere características que no son propias de la (el) terapeuta, sino de la clienta (e) y frente a las cuales reaccionará como si fueran de la (el) terapeuta.

VI



## LAS ETAPAS DE LA RECUPERACIÓN EN LOS SÍNDROMES TRAUMÁTICOS

Es posible la recuperación en los síndromes traumáticos. Freud en sus primeros escritos (1893) señaló:

*«Los síntomas desaparecían inmediata y definitivamente en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador y con él, el afecto concomitante y describía al paciente con el mayor detalle posible dicho proceso, dando expresión verbal al afecto. El recuerdo desprovisto de afecto carece casi siempre de eficacia». (Obras Completas, editado en 1988, pp. 43, 1988).*

Originalmente la teoría de Freud, establecía que el origen de la neurosis era la exposición de las niñas (os) a experiencias sexuales durante su época de niñez. Con el tiempo cambió esta teoría y afirmó que la actividad sexual declarada no era tal, sino que correspondía a fantasías de las niñas (os) y le daba poca importancia psicológica (Rush, 1980).

El aceptó, en 1924 en el texto *«Omisiones a los Historiales Clínicos»*, que la historia clínica de Catalina había sido cambiada. Freud decía que *«Catalina no era la sobrina, sino la hija de la huésped, o sea, que había caído enferma bajo la influencia de seducciones sexuales por el propio padre»* (Obras Completas, editado en 1988, pp. 138, 1988).

Estas omisiones de Freud y su cambio de teoría han distorsionado el conocimiento sobre la verdadera dinámica y los inmensos daños psicológicos que causa la ocurrencia del incesto y el abuso sexual infantil en las niñas y niños.

No obstante, muchas psicoanalistas feministas han revisado la teoría de Freud. Merece destacarse el trabajo realizado en Costa Rica por numerosas profesionales costarricenses, al frente de las cuales está Hauser, psicoanalista feminista. Ellas constituyen la Asociación de Psicoanálisis y Psicología Social (ASPAS). En una publicación Hauser expresa:

*«En ninguna ciencia como en el psicoanálisis hay tantas mujeres trabajando, pero sin duda hace poco tiempo que las psicoanalistas empezaron a levantar sus voces, como consecuencia y como parte de los movimientos feministas. Podemos constatar, que el psicoanálisis, analizando y criticando la realidad social y los mitos que ayudan a conservar los sistemas sociales en el estatus quo, sin darse cuenta creó un nuevo mito que es parte de la ideología dominante patriarcal, y entre otros es responsable por el largo silencio de las mujeres psicoanalistas. Fue necesaria una lucha dura contra la institución profesional, que desde el inicio tomó posiciones clasistas y machistas. La larga e intensiva formación psicoanalítica puede contener y estimular una representación familiar de carácter y poder patriarcal, como de hecho lo sigue siendo la sociedad internacional de psicoanálisis con sus exigencias de formación elitista. ¿Cómo podría ser diferente con un fundador tan carismático como Freud?*

*Sin duda, hace mucho que Helene Deutsch, Melanie Klein, Anna Freud, Karen Horney, Edith Jacobson, Annie Reich etc., intervenían críticamente en la sociedad psicoanalítica, pero no es hasta en los años 60, a raíz de luchas sociales en diferentes países que cruzaron también la sociedad de psicoanalistas, que se dividió la institución en diversas corrientes de acuerdo con su posición ideológica, y que las mujeres como grupo empezaron a investigar y criticar la teoría psicoanalítica desde un punto de vista de género» (Hauser, pp. 62, 1992).*

## 1. LA RECUPERACIÓN DE LOS SÍNTOMAS TRAUMÁTICOS

La recuperación debe atravesar tres etapas de ineludible consolidación para garantizar el proceso y la seguridad de la clienta (e).

### 1.1. Primera etapa: seguridad hoy.

Esta etapa es la primera en el proceso terapéutico, la cual he denominado «seguridad hoy» y precisamente es el momento terapéutico para establecer las bases necesarias que permiten avanzar a la etapa de recuerdo.

Existe una profusa literatura sobre la construcción de las etapas. Apoyo mi trabajo en el desarrollado por Herman (1992) y otras autoras como

Meiselman, 1990, y Courtois, 1988. Herman divide la recuperación en tres fases y según mi experiencia estas se traslapan entre sí, pero, a pesar de ello, su función operativa es de inigualable valor.

Esta es la etapa en la cual se instauran la seguridad y algunos elementos básicos conductuales y afectivos para establecer el manejo del presente (Herman, 1992).

En otro momento al respecto expresé:

*«Las primeras sesiones proponen como meta, la restauración del control y la seguridad, así como el implantamiento de la alianza terapéutica. Se estimula la adquisición del control sobre el entorno, el aumento de las destrezas para rodearse de personas seguras, la ruptura del aislamiento, la elaboración de planes para su protección, autocuidado y desarrollo del propio valor e importancia» (Batres, pp. 27, 1994).*

En la praxis, el desarrollo de este tipo de habilidades, planes y alianzas terapéuticas e interpersonales, puede durar mucho tiempo. A veces, hasta un año, como sucedió con el proceso grupal descrito en este libro.

Los principales objetivos de esta primera etapa se logran a través de la fijación de metas. Estas, para efectos de la (el) terapeuta, se dividen en cognitivas, emocionales y de conducta (Ellis, 1980).

La idea de este tiempo terapéutico es ayudar, mediante el análisis racional, a las integrantes del grupo o de la terapia individual, a identificar sus distorsiones cognoscitivas, enseñándolas a manejar sus crisis depresivas, lo que les da mayor capacidad de respuesta a su entorno real, el cual en general es muy caótico. Estas técnicas deben ser utilizadas durante toda la terapia y con gran énfasis, *«de frente al futuro»*, en la última fase del proceso (Batres, 1994).

La práctica de conductas nuevas es parte de este aprendizaje; por ejemplo, aprender a ser más asertivas, a decir no. Según Wolfe (1987), este entrenamiento ayuda mucho a las clientas (es) a asumir papeles más activos, combatir el temor, tomar riesgos y vencer el miedo a la censura. Este es un proceso muy lento pues las sobrevivientes han construido sus temores y distorsiones durante su desarrollo infantil.

La (el) terapeuta puede usar los logros obtenidos por ellas (os) en forma terapéutica, proporcionando un modelo positivo a las (os) clientas (es)

(Wolfe, 1987). Para usar este tipo de modelo, la (el) terapeuta no debe caer en la tentación de abusar de la terminología clínica, para no parecer como superior o mejor. Sino más bien, la filosofía de esta intervención es proporcionar un modelo para evidenciar que las mujeres son capaces de lograr autonomía u otras destrezas, que deben trabajarse en este momento terapéutico.

La función autonutrient se enfatiza en este período por medio de tareas que fijen la atención en ellas mismas, en sus deseos, necesidades y placeres.

Este tipo de técnicas deben revisarse durante todo el proceso. Para esto, como procedimiento ideal, las participantes deben llevar un cuaderno para registrar sus actividades y respuestas, lo cual sirve como memoria sustituta, dado que las sobrevivientes, al estar sumidas en grandes desesperaciones y dolores, suelen olvidar muchos aspectos de su terapia y tienen dificultades para observar sus progresos, además que disocian muy a menudo los contenidos de la terapia.

Este es el momento de establecer la alianza terapéutica. Proceso que sufre altibajos durante esta, por el gran obstáculo que tienen las sobrevivientes para confiar en otros seres humanos.

Este vínculo deberá tener una fortaleza aceptable para las sobrevivientes antes de que ellas inicien la discusión del abuso. Dicho de otra manera, ellas no discutirán ni revelarán los detalles del incesto si no existe esta alianza con la (el) terapeuta y entre las integrantes del grupo. Desde mi experiencia, consolidar estos vínculos requiere, aproximadamente, un año.

Esta alianza tiene características muy especiales, debe basarse en la confianza, para permitir que la (el) terapeuta utilice metodología directiva y persuasiva, sin que esto se convierta en un estilo de coerción, similar a la usada por el ofensor. Debe tener flexibilidad para promover un control recíproco, en lugar de uno vertical. Hay que saber intervenir para proteger, sin violar, la autonomía de la sobreviviente.

## **1.2. Segunda etapa: recuerdo y duelo.**

En la segunda etapa, la sobreviviente relata la historia del trauma. La alianza entre ella y la (el) terapeuta debe estar fortalecida, es el tiempo durante el cual se escucharán los horrores del pasado.

Este período, debe tener la velocidad e intensidad que la sobreviviente tolere y no ha de iniciarse si se están dando otras crisis que le demanden a la clienta (e) mucha energía.

Además de los hechos, también pensamientos asociados a ellos, deben ser reconstruidos. Involucran el reconocimiento y aceptación de la ocurrencia del incesto, pues se rompen viejos patrones de silencio y secreto. Las defensas útiles en el pasado serán 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 toma su tiempo.

En esta segunda fase la clienta (e) empieza a verbalizar lo que permaneció en imágenes, sueños, recuerdos intrusivos y sensaciones corporales.

Comienza a hablar de lo que nunca había dicho, de los secretos mejor guardados, de las vergüenzas, de las acciones, de los detalles del abuso y de otros aspectos que nunca compartió con nadie.

Es un momento de exigencias tanto para las clientas (es) como para la (el) terapeuta. Un tiempo en donde el recuerdo y el sentimiento son tan abrumadores que la fuerza del grupo y de la (el) terapeuta deben constituirse en un soporte monolítico de apoyo, dados los quebrantos emocionales que pueden presentarse.

Han de practicarse nuevamente las técnicas aprendidas en la primera fase dirigidas a conseguir seguridad. La (el) terapeuta ha de estar muy alerta ante intentos de suicidio o repliegues protectores y saber «*tomar el pulso*», para moderar la velocidad del proceso, tal cual lo necesitan las clientas (es).

Este es un trabajo de reconstrucción parecido al de las arqueólogas (os). Hay que hacerlo con cuidado y si es necesario, con una suave brocha, aunque debajo exista una gran ciudad fortificada.

La forma de reconstruir la historia del trauma puede ser verbal o escrita, pero esta verdad escrita, debe ser leída después por la clienta (e) en voz alta frente a la (el) terapeuta o al grupo, para no permitir que los sentimientos sean de nuevo disociados. La narración puede ser revelada a través de dibujos.

La exploración de los sentimientos asociados a los traumas y el relato de los hechos, es indispensable para la curación.

La clienta (e) necesita relatar con detalle el abuso. La (el) terapeuta y el grupo, la ayudarán a darle la dimensión temporal a su experiencia. Ella estará sintiéndolo como cuando era niña. Es importante recordarle que ahora es el presente y que el peligro pasó. Ella es una adulta. Una carta de aliento escrita por ella a la pequeña niña, es un elemento de apoyo conmovedor, así como un abrazo también.

Algunas clientas (es) sienten el dolor, la impotencia y el terror con tal intensidad, que no se creen capaces de poder continuar. «*Ayúdeme docto-*



ra», me decía una de ellas por teléfono «*creo que voy a morir*». No hay que presionar el avance del proceso. Si esto sucede, es necesario, a veces, bajar el tono, ir «*pianísimo*», hasta que la clienta pueda sentir seguridad en el momento y establecer la conexión con el presente y con el grupo para proseguir.

Es conveniente que la clienta (e) exprese el sistema de valores que le enseñó el abuso sexual. Aquí la (el) terapeuta debe otra vez suministrar un contexto cognitivo, emocional y moral (Herman, 1992), llamado «*reestructuración cognitiva*» (Ramírez, 1996). O sea, ayudar a reconocer las distorsiones cognitivas, contestar interrogantes morales por cientos de veces, como: «*¿Hay justicia en este mundo?*» y otras preguntas similares, para ayudarla a soportar el dolor emocional. Facilitar una nueva versión de los eventos que la permita encontrar la dignidad y el orgullo. Comprender los sentimientos intensos de esta fase. Cuando las integrantes del grupo escuchan las historias de sus compañeras se solidarizan unas con otras. Una de ellas después de una sesión muy fuerte en donde se expresaron hechos horripilantes, dijo: «*odio a la madre de Siempre Viva y la quiero matar*». Después de la revelación, algunas esperan sentirse inmediatamente bien, pero la función de esta no es mágica; es necesario integrar el recuerdo, el tiempo, el espacio y el ser. Es aprender que el pasado es el ayer y el presente es el hoy en el cual viven. La verdad expresada restaura. Permite a la clienta (e) reconocerse como valiente, digna, capaz de compartir esta denuncia testimonial.

El profundo significado de la sanación mediante la palabra es parte de la esencia de la terapia y facilita la elaboración de los procesos primarios y secundarios de los traumas en un ambiente de apoyo, seguridad y afecto, tal como debe ser este contexto terapéutico.

Me refiero a procesos como el concepto que designa un modo de funcionamiento psíquico. El proceso primario pertenece al inconsciente y tiene que ver con mecanismos como la condensación cuya participación se da en el límite del inconsciente y de lo consciente, se usa además para denominar las funciones que aparecen en el sueño.

En el proceso primario está involucrado el mecanismo denominado desplazamiento, que no solo es otra función del sueño, sino que hace referencia a la función de los síntomas psicológicos y al proceso por el cual lo inconsciente es representado en el consciente a través de este mecanismo.

En los procesos secundarios están presentes las funciones referidas al pensamiento, razonamiento, atención y juicio (Fedida, 1988).

Narrar los dolores, no es de por sí curativo, pero sí es una fase indispensable por la cual hay que atravesar, pero no la única. Los síntomas no desaparecerán por arte de magia. Además abandonar los viejos mecanismos puede ser una pérdida para la sobreviviente, quien inconscientemente obstaculiza su desaparición.

El duelo hace referencia a las pérdidas de las sobrevivientes, a la de muchas personas, aún a aquellas que abusaron de ellas. Según Freud (1917), el duelo opera de la siguiente manera:

*«El examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado no existe más y de él emana la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto. A ello se opone una comprensible renuencia; universalmente se observa que el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal, ni aún cuando su sustituto ya asoma. ...Lo normal es que prevalezca el acatamiento a la realidad. Pero la orden que esta imparte no se puede conseguir enseguida. Se ejecuta pieza por pieza, con un gran gasto de tiempo y de energía, ¿por qué esta operación de compromiso, que es ejecutar pieza por pieza, la orden de la realidad, resulta tan extraordinariamente dolorosa? Pero de hecho una vez cumplido el trabajo del duelo el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido». (Duelo y Melancolía, pp. 242, 246, editado en 1979).*

Las clientas (es) que han estado sometidas a abusos crónicos desarrollan una gran cantidad de síntomas somáticos, y en este período pueden exacerbarse. Me refiero al insomnio, cefaleas y problemas gastrointestinales. La medicación puede ser útil en este momento pero en forma transitoria. Los ansiolíticos y antidepresivos son los medicamentos de elección.

Esta fase suele transcurrir lentamente porque enfrentarse a tanto dolor y recuerdos, fragmentados y olvidados, crea una gran resistencia. Además, aceptar el daño les puede profundizar a las sobrevivientes, la sensación de humillación, porque aún no pueden visualizar que sus vidas están llenas de valentía y de honor.

Los deseos de venganza y la ira son emociones frecuentes en esta etapa, junto con el deseo de ser recompensadas por los ofensores. Este tipo de necesidad de compensación, de justicia, de que se les pida perdón, para sentirse así libres de culpa y vergüenza, es totalmente válida. Pero por desventura casi nunca ocurre en la realidad.

Otras veces la sobreviviente intenta sustituir el enojo por el perdón. Según Herman (1992), esta es una fantasía para exorcizar el trauma y adquirir poder. Pero esto no es posible a través del odio o del amor. Y el perdón total nunca podrá ser dado si los perpetradores no lo han solicitado o han intentado restituir lo dañado y aceptado la totalidad de la responsabilidad.

En los casos en los cuales el ofensor solicita perdón y acepta la responsabilidad total, he observado que la sobreviviente perdona con más facilidad, pero el amor hacia esa persona nunca será el mismo.

El amor que las impulsará en el proceso de curación, es el amor hacia sí mismas, el descubrimiento de su propio poder para la autoreparación.

Fantasías de reparación son frecuentes. Una clienta del grupo quería casarse en una gran iglesia, con 200 invitados y flores por todo el templo. Obvio que esto era una fantasía, pues ella es de escasos recursos económicos. Cuando el grupo le preguntó por qué tenía este deseo, contestó: «*Para demostrarle a mis abusadores que no me destruyeron*».

Con esta conducta no logrará obtener esa justa compensación y ese triunfo. Paradójicamente estos se darán, cuando ella acepte el daño, el dolor y cuando no necesite reparación alguna de sus perpetradores. Mientras exista esta fantasía de victoria, el trauma seguirá ganando terreno.

En esta fase de grandes dolores, y de inmensa honestidad, muchas sobrevivientes confiesan que durante su infancia o adolescencia abusaron a otras niñas o niños. Reconciliarse consigo mismas, es su gran tarea. El apoyo del grupo, exento de evaluación, juicios o censura, proporciona el contexto para la autoreconciliación.

El caso de una clienta ilustra lo anterior. Ella en una sesión dijo: «*Hoy quiero decir algo que nunca me atreví a contar. No me puedo ir de esta terapia sin compartirlo. Cuando era niña y después de que había sido abusada por mi tío, toqué a dos primitas pequeñas*». Después de muchas sesiones manifestó que la revelación la había llenado de un nuevo sentimiento, ella ya no tenía nada escondido y ese sentimiento era su gran recompensa.

Los sueños son coadyuvantes de gran valor en aquellas clientes que padecen amnesia de algunos recuerdos. Si estos no aparecen en su totalidad no se fuerza su aparición, sobre todo, cuando sí hay suficientes recuerdos para validar la presencia del abuso. Algunas que no recuerdan los detalles del evento traumático suelen desesperarse.

El uso de técnicas tales como la hipnosis u otras similares, que alteren la consciencia, son útiles, siempre y cuando las aplique una (un) terapeuta

entrenada (o) y en un contexto seguro y terapéutico para elaborar los recuerdos obtenidos.

La finalización de esta fase se puede medir, cuando la sobreviviente dirige su mirada hacia el futuro, cuando el dolor no ocupa toda su vida. Las pesadillas traumáticas desaparecen, se regula el sueño, hay momentos de intensa felicidad, los sentimientos de placer emergen, los vínculos se disfrutan.

Ha pasado la noche tempestuosa, siempre les recuerdo a las clientas (es) la frase del poeta: «*Nunca está tan oscura la noche como cuando va a amanecer*» (Azofeifa, pp 91. 1989).

### **1.3. La tercera fase: reintegración y revaloración.**

Las tres etapas por las que transitan las sobrevivientes de incesto y abuso sexual en su terapia, no se cumplen con rigidez esquemática en el proceso terapéutico. Se entrecruzan, reaparecen y desaparecen procesos durante las tres fases, los énfasis en cada una de ellas son diferentes. En la tercera etapa, el foco de la terapia es «*el desarrollo del deseo y la iniciativa*» (Herman, 1992), el cambio de valores, el resurgimiento de la alegría, el fortalecimiento de los vínculos y la reconexión con los demás.

Las sobrevivientes han revelado sus traumas y vivido sus dolores. El testimonio les permite a ellas y al grupo sentir la gran valentía que poseen para haber sobrevivido a las torturas. Frases tales como: «*eres una campeona*», llanto por el dolor de la compañera, expresiones solidarias, son manifestaciones comunes después de la revelación. Ahora la sobreviviente empieza a perder la culpa y la vergüenza y a valorar sus fortalezas. Asume con más claridad que la responsabilidad del abuso fue totalmente de los adultos (as) que la abusaron y empieza a apreciar las nuevas relaciones sobre todo, las hechas en el grupo, acompañantes solidarias de su doloroso proceso. En este momento cuestiona los valores distorsionados enseñados por sus abusadores (as) y encuentran un sistema de valores personal, basado no en el odio, sino en la sabiduría que implica el procesar el sufrimiento.

Este es el punto para reconocer sus fuerzas. El pasado ha quedado atrás, dejando profundas huellas y sentimientos de dolor. Pero ya no es el presente eterno. Es el tiempo de planes, cambios y nuevos programas de vida.

Es un período en donde un número importante de sobrevivientes desean romper las reglas del silencio fuera del grupo. Necesitan confrontar a

sus abusadores (as). Si lo hacen es porque lo necesitan para legitimar su dignidad o fortaleza, pueden ser apoyadas, pero deben estar preparadas para no esperar ninguna reacción positiva de la familia o de los ofensores (as). Sus familias se caracterizan por grandes disfunciones, negaciones masivas y sus ofensores *«han perdido la memoria»*.

No se producen muchas denuncias judiciales en esta fase. Es en el momento del descubrimiento del incesto cuando se dan la mayor parte de las denuncias, porque la familia es más permeable a la intervención, sus mecanismos de negación no se han instaurado y el ofensor (a) se enfrenta al rechazo familiar.

La justicia como valor universal se examina en este ciclo y se reconocen sus limitaciones, pero la recompensa no gira alrededor de la denuncia; el sentido de injusticia social es claro pero es más importante la dignidad que se ha adquirido.

Surgen aquí deseos de reivindicaciones sociales, de ayudar a niñas (os) y adolescentes, en la prevención y tratamiento del incesto. Participan en grupos, protestas o luchas, reactivan la búsqueda del cambio de la sociedad y de sus instituciones.

Todas las etapas descritas requieren de técnicas para poner en funcionamiento estas metas.

En la primera fase elaboran planes y acciones, ahora buscarán nuevas amigas (os) o se integrarán a actividades grupales de índole social. Regresarán a la universidad en el caso de haberla abandonado, cambian de trabajo o asumen con mayor vigor la tarea que ya realizan.

Para enseñarlas que el terror no domina sus vidas y es un sentimiento tolerable y manejable por la adulta, se pueden estimular las clases de defensa personal o inducirles a hacer un viaje corto con actividades donde el nivel de las emociones sea alto, pero controlable por ellas. Estas experiencias controladas las ayudan a reconocer que tenían muchas presunciones equivocadas frente a la vida y a las relaciones, impuestas por sus experiencias pasadas.

Es la época de los amores. Terminan relaciones abusivas o se fortalecen los vínculos con los existentes. El afecto a la (el) terapeuta se transforma, hay menos magia y fantasía, pero mayor ternura y amor. Es el tiempo de la vida.

La sexualidad vuelve a ser cuestionada pero exenta de distorsiones. Es deseable aconsejarlas sobre un plan de *«sexo seguro»* que tenga que ver con lo que ella se puede permitir en la relación sexual. Hay algunas for-

mas de hacer el amor que la sobreviviente nunca podrá tolerarse. Sugiero al respecto, llevar a la práctica las siguientes pautas:

*«En un pizarrón o papelógrafo, apunten todas sus ideas sobre las siguientes preguntas y discútalas en grupo. En caso de que no lo deseen así, las pueden desarrollar a solas en su cuaderno de trabajo» (Batres, pp. 110-111, 1994).*

1. *¿Qué es sexo?*
2. *¿Qué pienso del sexo?*
3. *¿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:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- *Convérselo con su pareja.*
- *La parte más difícil de este ejercicio fue: \_\_\_\_\_*
- *Aprendí: \_\_\_\_\_*

Ahora la autonomía es un tema central. El análisis del papel tradicional de la mujer es revisado a la luz de nuevos deseos de respeto y libertad. La frase *«nunca más abusarán de mí»* se convierte en su lema.

Con frecuencia me preguntan: *«¿Los traumas se curan?»*. Yo no tengo todas las respuestas. Considero que muchas sobrevivientes logran desarrollar un nivel de vida de gran calidad. Otras obtienen logros en menor grado, pero jamás acompañadas del terror y las limitaciones del pasado.

En algunas ocasiones, después de que la clienta (e) concluye la terapia eventos posteriores le disparan de nuevo mecanismos y dolores superados. Por ejemplo: cuando su hija coincide en la edad del abuso de la sobreviviente, un matrimonio u otras experiencias movilizadoras.

No hay soluciones completas, pero sí muy satisfactorias. Algunos criterios que ayudan a la (el) terapeuta a dar por concluido el tratamiento son los siguientes:

- 1.3.1. *«Los síntomas fisiológicos del desorden de estrés post traumático han sido colocados dentro de límites manejables.*
- 1.3.2. *La persona es capaz de tolerar los sentimientos asociados con recuerdos traumáticos.*
- 1.3.3. *La persona tiene autoridad sobre sus recuerdos: puede elegir recordar el trauma o hacer a un lado su recuerdo.*
- 1.3.4. *El recuerdo del hecho traumático es una narración coherente, ligada al sentimiento.*
- 1.3.5. *La autoestima dañada de la persona ha sido restaurada.*
- 1.3.6. *Las relaciones importantes de la persona se han restablecido.*
- 1.3.7. *La persona ha reconstruido un sistema coherente de significados y de creencias alrededor de la historia del trauma» (Batres, pp. 116-117, 1994)*

Las sobrevivientes siempre tendrán la posibilidad de volver a la terapia si así lo requieren. Algunas han regresado, para procesos cortos que resuelven con mucho éxito. Otras no solicitan citas en años. Con referencia a la curación comparto lo dicho por Herman (1989): *«No existe modo de compensar una atrocidad, pero si de trascenderla convirtiéndola en un regalo para otros»* (Herman, pp. 196, 1992).

La finalización del grupo requiere de nuevos duelos, ahora manejados con una nueva visión de la vida que los hace muchos menos dramáticos; aún así, no es un proceso fácil. La terapia ha sido, quizás, el sitio más seguro que hayan conocido. Donde aprendieron a confiar, se develaron, aceptaron las pérdidas y reconocieron las injusticias. Pero también el lugar que les permitió sentir que el afecto y la solidaridad son posibles. La (el) terapeuta *«fue como la madre que no tuve»* -dijo una integrante- y las compañeras de grupo *«las hermanas, las amigas, el primer mundo con el que me conecté»*.

La vivencia de tantas atrocidades no permite a nadie la felicidad completa, lo cual es además una idealización del ser víctima.

Ser sobreviviente significa, entonces, aprender a vivir sin sucumbir en este mundo de injusticias, permitirse el valor de un poco de paz, de la alegría y de relaciones sanas. Asumir el presente y tener un futuro, soltar una buena carcajada, apreciar el bien, pues han conocido en grado superlativo lo que significa el mal.

## VII





## METODOLOGÍA PARA PRESERVAR LA MEMORIA GRUPAL

Para tener un registro de cada sesión ideé un método colectivo de recolección de datos que consistió en la elaboración de un acta. Esta era redactada por la integrante del grupo que debía llevar para esa sesión la merienda de la cual yo también participaba. En algunas ocasiones, las sesiones fueron grabadas, método mucho más rico y directo para recolectar la información, pero muchas veces molesto para las integrantes, quienes eran menos espontáneas cuando la grabadora funcionaba.

Las actas fueron escritas con detalle o en forma genérica, en primera o tercera persona, según quien la redactara en ese momento, pero todas encierran la experiencia de abuso narrada por ellas, así como las técnicas de hacer terapia desde mi filosofía e intervenciones.

Algunas sesiones son transcritas en forma breve, otras, por la importancia del proceso y su contenido, llevan mayores detalles.

A solicitud de las integrantes, no se hicieron modificaciones en sus historias y relatos, lo que imprime a las sesiones un impactante tono de honestidad y denuncia.

La forma de conducción en esta segunda fase del duelo la hice menos directiva que la utilizada en otras experiencias grupales.

Los temas se escogieron en un intercambio de ideas recíproco, así como la definición de prioridad se hizo desde un diálogo entre ellas y yo.

La asombrosa similitud del proceso, aunque fuese tan directiva como lo propuesto en el manual Tratamiento grupal para sobrevivientes de incesto (Batres, 1994), confirmó que mis propuestas sobre objetivos, metas, procesos y fases de la curación de los síndromes traumáticos van encaminadas hacia buen norte.

Se hizo rutina la costumbre de rotar para contribuir con un pequeño refrigerio cada semana, esto en un principio sirvió como técnica indirecta para romper el hielo y poco a poco se fue convirtiendo en un motivo de camaradería. Prueba de ello es que al inicio, la comida solía sobrar, a la mitad del proceso, se consumía toda y además algunas de las integrantes, empezaron a llevar comida confeccionada por ellas, lo cual hizo más personal y significativa la experiencia.

El grupo empezó con seis personas y finalizó con cuatro. La primera integrante salió a los tres meses porque tuvo que salir del país. La otra, a los 12 meses, pues su horario universitario coincidió con el tiempo del grupo y no había ninguna posibilidad de ubicarlo en otro momento.

Ambas abandonaron el grupo con profundos y notorios cambios. Una de ellas había asistido en su adolescencia a terapia individual conmigo y su proceso iba más adelantado que el de sus compañeras.

La otra obtuvo beneficios en el corto tiempo de su permanencia, pero su presencia en el grupo no fue la indispensable para completar el proceso. Ella sabe que si lo necesita puede regresar cuando lo desee.

### 1. ¿POR QUÉ UN GRUPO ?

La terapia individual con víctimas de traumas ha reportado avances muy lentos. Estos informes coinciden con mi experiencia personal. Hay razones importantes para la escogencia del modelo grupal como el más eficaz. Una de ellas por la cual la terapia grupal es preferible es porque como Herman (1992) explica los traumas aíslan, avergüenzan, estigmatizan y deshumanizan, y, en contraposición, los grupos reconstruyen el sentido de humanidad, de protección contra el terror y la desesperanza.

En este sentido una integrante del grupo expresó:

*«La fuerza que hoy siento en esta sesión me viene del grupo»* (antes de revelar sus más vergonzosos recuerdos).

*«Por fin soy aceptada tal cual soy, sin secretos»*, exclamó otra sobreviviente.

En la terapia individual, la revelación se hace en el marco del binomio entre la (el) terapeuta y la clienta (e). El grupo es el continente idóneo para dejar de ser isla y empezar ser parte de la humanidad. La sobreviviente realiza su proceso acompañada y hace vínculos con personas con quienes comparte la misma experiencia, de igualdad.

La (el) terapeuta de grupos debe ser una persona muy bien entrenada porque un grupo llevado en forma errónea puede convertirse en iatrogénico. En mi experiencia clínica y como supervisora de otros procesos grupales, esto ha ocurrido poco, pero se ha dado que el grupo se desintegre o se presenten *«acting out»* fuera de todo control de la (el) terapeuta.

Cada experiencia grupal es única, aunque se trabaje con un modelo para conducirla. Flexibilidad y destrezas clínicas son indispensables si se quiere facilitar con creatividad la unicidad del o los grupos.

Las tres etapas descritas en el proceso de curación pueden todas completarse en el mismo grupo. Difiero de quienes aplican cada fase a un grupo diferente. La continuidad y permanencia fortalece los vínculos, permite el fortalecimiento de la confianza y del afecto. El trabajo es mucho más productivo en grupos cerrados. En este libro, por razones didácticas, describo solo la segunda etapa.

Mi recomendación es que el grupo inicie con todas las participantes al mismo tiempo. Una vez cometí el error de incluir luego de tres sesiones a dos nuevas personas. Hubo una gran dificultad para aceptarlas, y todavía al finalizar la terapia, las integrantes del grupo me recordaban el traspíe.

Los grupos cerrados y estructurados son el método más eficiente para tratar a esta población. Proporciona metas definidas, cierta homogeneidad y un tiempo final programado, lo cual no significa que estos tiempos sean inflexibles. No puedo asegurar que el final sea una fecha y hora determinada, pero sí que se cerrará, completados los procesos.

Los grupos abiertos y didácticos son de elección para otras poblaciones, como mujeres agredidas o familiares de víctimas.

El ingreso a un grupo no debe constituir el primer recurso para sobrevivientes de incesto y de abuso sexual. Debe darse un tiempo de abordaje individual indispensable para hacer el diagnóstico y preparar el ingreso al grupo. Este preámbulo será definido por la (el) terapeuta. Tampoco todas las clientas (es) son candidatas para un grupo; se requiere que la clienta (e) sea poseedora de algunas de las características siguientes: (Batres 1994).

- Algún tipo de apoyo familiar o conyugal.
- Con apoyo o autonomía económica.
- Sin psicosis descompensada.
- Sin adicciones a drogas en actividad y si las tuviesen que esté asistiendo a programas anónimos.
- Capacidad para hablar sobre el abuso y sobre lo que espera de un grupo.

La medicación y la hospitalización transitorias son situaciones que se debe tener presente cuando la sobreviviente esté muy abrumada y cuando sus mejores planes de seguridad no funcionen. El sistema de salud social

costarricense no es apropiado para estas hospitalizaciones, las (os) terapéuticas privadas (os) o de organizaciones no gubernamentales, quedan fuera del sistema al ingresar la sobreviviente al hospital. El sistema privado permite la continuidad de la responsabilidad y contacto con la cliente, pero no es un recurso al alcance de muchas personas, sobre todo, de mujeres.

Con respecto al sistema de salud estatal, tuve una experiencia negativa cuando referí a una cliente participante de un grupo, a un hospital. Tenía sospechas de un diagnóstico de personalidad múltiple y lo mencioné en la orden de internamiento. La clienta me contó que cada día un psiquiatra pasaba visita y le preguntaba: «¿*Qué personalidad eres hoy?*» Salió del hospital más por pánico, que por alivio de sus síntomas.

En una nueva oportunidad no tuve otra opción que referir a otra integrante del grupo al mismo hospital. Esta vez, me cuidé muy bien de lo anotado en la referencia y su permanencia fue menos traumática, tuvo pocas preguntas sobre sus abusos y bastante medicación. El abordaje del psiquiatra fue más respetuoso, pero exento de técnicas adecuadas para la entrevista y exploración clínica. Recibió altas dosis de medicación porque su síntoma principal era el insomnio, pero la sobreviviente no permitió que nadie opinara sobre ella, decía con fuerza: «*Mi doctora es otra; usted solo hágame dormir*».

## 2. LAS TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

He aquí algunas técnicas utilizadas en la terapia. Están comentadas en forma breve:

### 2.1. Técnicas de expresión.

La utilización del dibujo, la pintura y la música proporcionan un modo simbólico de comunicación no verbal, facilitan el surgimiento de material inconsciente y propician la eliminación de las inhibiciones dejadas por la imposición del secreto (Mc Cann, 1988).

### 2.2. Biblioterapia.

La información sobre los mitos del incesto y sus realidades, así como lecturas adicionales, ayudan a corregir la información distorsionada y refuerzan nuevos sentimientos y conductas en las sobrevivientes (Ramírez, 1996).

### **2.3. Escritura.**

Este medio facilita a las sobrevivientes la expresión de sentimientos y pensamientos que no se atreverían a expresar verbalmente, pues 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).

### **2.4. Técnicas de autonutrición.**

Poner en contacto a las sobrevivientes con las niñas que fueron, a través de cartas, cuidados y rituales, suele ser una técnica que aún las más defensivas aceptan y con ello logran una rápida conexión con su pasado y los sentimientos asociados a él.

Dependerá de la facilitadora (or), la variedad y creatividad que impriman al proceso. Cada participante llevará un cuaderno o diario, en el cual se incluirán las hojas de apoyo preparadas para cada sesión. Cada grupo avanzará a su propio ritmo y requerirán distintos énfasis. Es muy importante explicar a las participantes la estructura y metodología del proceso grupal en la primera sesión (Batres, 1994).

A lo anterior sumo algunas de las técnicas que he ido probando e integrando para facilitar los procesos terapéuticos.

### **2.5. Técnicas psicoanalíticas.**

- Interpretación de sueños: proporciono solo algunos elementos teóricos facilitadores de la interpretación, la cual está a cargo de las integrantes del grupo.
- Análisis de transferencia: cuyo objetivo es trabajar los sentimientos depositados por ellas en la terapeuta y en las otras compañeras de grupo. Hablo sobre estos aspectos transferenciales, especialmente cuando hay demandas emocionales masivas hacia la terapeuta o compañeras de grupo.

### **2.6. La relajación y la hipnosis.**

En clientas (es) con personalidad múltiple, utilizo mucho estas técnicas, las cuales facilitan el acto de recobrar sus recuerdos menos lentamente y de tal forma que no se abrumen con la presentación de las personalidades, «*sin anestesia*» (Courtois, 1988).

Tal es el caso de una cliente con personalidad múltiple, quien se negaba a someterse a la hipnosis y cuando los recuerdos estallaron, fue tal la conmoción, que fue internada en una clínica privada. Un día antes, llamó por teléfono diez veces aterrorizada, llorando y diciendo: «*Sálveme doctora, el daño, el daño, ahora lo conozco y no lo puedo soportar*».

### **2.7. Manejo de la ira, el suicidio y la automutilación.**

El peligro debe ser siempre evaluado con cuidado. Es deseable solicitar apoyo familiar, grupal, social e individual en estos períodos, así como utilizar medicación o internamiento.

### **2.8. Cursos de entrenamiento y actividades fuera del grupo.**

Cursos de defensa personal, viajes cortos para probar fortalezas. He empleado, finalizando casi la terapia estas técnicas, con excelentes resultados en relación con el aumento de autoestima, sentimientos de autocontrol y poder personal.

## **3. EL GÉNERO DE LA (EL) TERAPEUTA Y EL NÚMERO DE FACILITADORAS (ES)**

He reflexionado mucho sobre la complejidad del género de la (el) terapeuta y el número de facilitadoras (es) al respecto. En 1994 apuntaba:

*«Los grupos pueden ser facilitados por una persona. Si los recursos humanos lo permiten, lo ideal es que por cada grupo haya dos. En presencia de un facilitador hombre, la otra debe ser mujer. Esto porque la mayoría de las sobrevivientes han sido abusadas por hombres y se sienten más cómodas para explorar sus sentimientos respecto al abusador, en presencia de una mujer. También tiene sus ventajas, la participación de un facilitador hombre, ya que proporciona un modelo masculino no abusivo, apoyante y afectuoso» (Batres, pp. 22, 1994).*

Actualmente considero que las ventajas de incluir dos facilitadoras (es) - dos mujeres o un hombre y una mujer - podrían ser las siguientes:

- En un grupo de esta clase, la cantidad de dolor que se maneja es abrumador; esta sobrecarga emocional puede entonces ser compartida.
- Si una (un) terapeuta debe ausentarse temporalmente, el grupo no se detiene.
- Las (os) terapeutas se beneficiarán mucho del trabajo en equipo y discusión conjunta del proceso.

En el presente real, después de observar a muchos terapeutas hombres y mujeres hacer terapia, y de escuchar las reacciones de las sobrevivientes, considero que el género más apropiado es el femenino. No excluyo a terapeutas masculinos bien entrenados, que hayan trabajado bastante analíticamente sobre sus valores, estereotipos y masculinidad. Aún así, hay sentimientos femeninos que nunca podrán comprender a profundidad. Esto no los hace incompetentes, sólo que deben trabajar más duro con su contra-transferencia, sobre todo, acerca de la excitación sexual. Algunas sobrevivientes no toleran terapeutas masculinos y se debe respetar su elección (Courtois, 1988).

#### 4. EL PROCESO TERAPÉUTICO GRUPAL

Escogí el grupo que a continuación describo para ilustrar un proceso terapéutico de largo plazo. Hay varias razones para esta selección: una de ellas es que todas sus integrantes habían completado en terapia individual la primera fase de su proceso, otra es su condición de víctimas de incesto y luego la paridad de sus edades. Además todas mostraron gran interés en formar parte de un grupo.

He cambiado algunas de sus características tales como edades, profesiones, lugar de trabajo y por supuesto nombres, para proteger sus identidades.

Con ellas revisé las sesiones para que expresaran sus sentimientos y se vieran ya en «*blanco y negro*». Ninguna aceptó que alterara sus historias y participaciones en el grupo.

Me solicitaron no utilizar iniciales sino nombres falsos completos porque las iniciales: «*Les quitaban personalidad a sus experiencias*». Decidí llamarlas con nombres de flores. Para mí ellas son y serán queridas y bellas

flores, fuertes y «*siemprevivas*». En nuestro país hay una flor que no se marchita por lo que se le llama popularmente así.

A las sobrevivientes las denominé entonces: *Violeta, Margarita, Rosa, Azucena, Siempreviva, Ave del Paraíso*.

#### **4.1. Las historias.**

##### *Siempreviva:*

Proviene de un hogar rural, ubicado en la provincia de Alajuela. De familia de escasos recursos, llegó a la consulta referida por una amiga que sabía de mi trabajo. Estuvo en terapia individual 6 meses antes de ingresar al grupo.

Fue víctima de abuso sexual, físico y psicológico por parte de su madre. Sexualmente por hermanos, tíos, doctores y sacerdotes.

Estudia ciencias sociales en una universidad y trabaja en un ministerio gubernamental. Tiene 21 años. Es soltera.

##### *Rosa:*

Procede de un hogar de la zona urbana de San José de clase media. Llegó a la consulta a tratar otros asuntos de tipo relacional y en las primeras sesiones, el abuso fue revelado. Estuvo en terapia individual tres meses. Fue objeto de abuso sexual por parte de su padre y un hermano. Labora como trabajadora social en una institución estatal. Es casada. Tiene 30 años.

##### *Violeta:*

Pertenece a una familia de clase alta de la provincia de Guanacaste. Asistió a la consulta apoyada por su madre, después que ambas asistieron a una conferencia sobre incesto. Estuvo en terapia individual por un año en su adolescencia y un mes antes de ingresar al grupo. Fue víctima de abuso sexual por parte de su padre, con quien aún vive. Tiene 24 años y estudia en una universidad privada administración de negocios. Es soltera.

##### *Azucena:*

Proviene de un hogar de clase media de Alajuela. Fue referida por su madre. Asistió tres meses a terapia individual. Fue objeto de abuso sexual



por su padre y hermano. Vive aún con su padre y su familia, estudia química en una universidad estatal. Tiene 20 años. Es soltera.

*Margarita:*

Su familia es de San José, de escasos recursos. Asistió a la consulta después de reconocerse en la televisión participando en un programa sobre incesto. Fue objeto de abuso sexual por parte de su tío. No estudia, trabaja en una organización no gubernamental como secretaria. Tiene 30 años. Es soltera.

*Ave del Paraíso:*

Pertenece a un hogar de clase media de San José. Fue referida por un médico. Estuvo en terapia individual un año antes de ingresar al grupo. Fue víctima de abuso sexual, físico y psicológico por parte de su madre. Sexualmente por hermanos, tíos, profesores y extraños. Es casada, con 2 hijos, tiene 21 años. Es ama de casa. Estudió turismo en una universidad privada.

5. ¿ CÓMO HACER TERAPIA EN LA SEGUNDA FASE DE LA RECUPERACIÓN ?

En las siguientes páginas compartiré con usted lectora o lector el proceso grupal y el trabajo producido en la segunda fase, llamada duelo y recuerdo.

Inicio la descripción de la segunda fase con la sesión cuatro. Las primeras sesiones fueron preparatorias, se hizo la presentación de cada miembro, se establecieron reglas, se presentaron dos nuevas integrantes. A partir de la sesión No 3 el grupo se cerró. Insisto en que las integrantes de este grupo asistieron previamente a terapia individual hasta ser completada la primera fase, que es la de seguridad.

SESIÓN No. 4  
AUTOAFIRMACIÓN.

En esta sesión se retoman temas de la primera fase, esto es una muestra del traslape de temas dado en las etapas de recuperación. Trabajar la autoafirmación, es tarea de todos los días y será labor de toda la vida de la sobreviviente. Se utilizó la técnica cognoscitiva: «*Como decir no*».

*Acta: Nos dimos cuenta que ni planificándolo pudimos decir no. Nunca fuimos escuchadas cuando dijimos que no durante el abuso o el maltrato, era como si la palabra no existiera.*

SESIÓN No. 5

ADQUIRIENDO CONFIANZA.

En esta sesión era evidente la desconfianza mostrada hacia las dos nuevas participantes que entraron en la tercera sesión, no se dirigían a ellas, les hacían gestos de desaprobación y otras manifestaciones hostiles.

La técnica utilizada fue la exploración de sentimientos.

*Acta: Sentimos confusión acerca del origen de estos sentimientos de rechazo, pero queremos hacer un esfuerzo por conservar la estabilidad del grupo. Queremos crecer individualmente y aprender a respetar a las otras.*

SESIÓN No. 6

¿ CÓMO SOBREVIVÍ ?

En esta sesión, iniciamos el análisis de algunos de los mecanismos de sobrevivencia. Es importante que la (el) terapeuta enfatice una y otra vez, que no deben sentirse avergonzadas ni culpables, porque lo sentido o actuado ha sido en aras de la sobrevivencia.

*Acta: Nunca fuimos escuchadas, nuestra opinión no tenía importancia, no existíamos como personas, solo como objetos en uso, todo lo que nos pasó lo vivimos solas. Por eso, a veces somos agresivas, creemos que nos van a ofender cuando nos hablan, no sabemos responder con claridad. El grupo es nuestro lugar seguro y nos ayuda a perder el miedo de dañar y ser dañadas. El aislamiento más el enojo son mecanismos que aprendimos para soportar la vergüenza y el daño.*

SESIÓN No. 7

CONECTADA Y PRESENTE.

Analizar cómo están desconectadas gran parte del tiempo fue el foco de la sesión. La técnica utilizada fue la escritura. Hacer un diario por un día y

anotar cuántas veces y en cuáles circunstancias se disocian: «*No estaban presentes*» fue la tarea de ese día.

*Acta: La doctora dijo tal vez nos desconectamos al regresar sentimientos de cuando fuimos víctimas de abuso o estamos en circunstancias que por alguna razón disparan el episodio traumático. Todas contamos situaciones en donde nos sentimos fuera del cuerpo, el como nos cuesta estar presentes en las relaciones amorosas y hasta en el grupo.*

SESIÓN No. 8

ME ODIÓ A MÍ MISMA Y A LA GENTE.

Una integrante del grupo, quiso discutir este tema a raíz de los sentimientos surgidos después de haber visitado a su madre, quien la agredió sexual, física y psicológicamente. La situación existente en este grupo en donde otra integrante también fue abusada sexualmente por su madre hacía surgir con frecuencia el tema sobre la madre y la ambivalencia hacia ella. Las técnicas utilizadas y propuestas para aplicar en casa fueron las de autoapoyo, que habían sido discutidas en la primera fase de terapia.

*Acta: Cuando nos reencontramos con nuestras ofensoras, el encuentro nos trastorna. Ese odio a la gente es el odio a nosotras mismas, que lo trasladamos. Nos odiamos a nosotras mismas porque creemos que somos responsables del abuso. Además es un mito creer que todas las madres son buenas, pero no tener una buena madre, es una gran pérdida.*

SESIÓN No. 9

YO NO QUIERO LLORAR.

En esta sesión hubo contacto con el dolor, la disociación tiene menos fuerza. Pudieron llorar y llorar. Es interesante lo que despejó la exploración de los significados del llanto de cada una.

La técnica usada fue la exploración verbal de sentimientos y su interpretación colectiva.

*Acta: Descubrimos que no lloramos porque:*

- *Cuando éramos abusadas de nada servía llorar*
- *Porque de todas formas el abuso continuaba*
- *Porque el abusador nos decía que lo que sucedía era por amor y no llorábamos para no dañarlo*

Nos gustó mucho lo que dijo la doctora: «*Ahora pueden llorar cuando tengan un dolor. Recuerden que el llanto representa en el presente la lluvia en el parabrisas de un carro. Después de limpiarla, desaparece lo que te impedía mirar hacia el horizonte.*».

SESIÓN No. 10  
DESESPERACIÓN Y RECUERDO.

En esta sesión además de empezar a compartir el dolor, comenzaron las manifestaciones físicas de apoyo como los abrazos. Las sobrevivientes toman su tiempo para permitírselo, tiempo que debe ser respetado. Las técnicas fueron las de autoapoyo.

*Acta: Una de nosotras cumple años y no tiene ilusión alguna. Pasa todo el día viendo pasar su vida como en una película, cada cuadro, cada escena de dolor, pero aún no puede compartirlo. Otra compañera empezó a llorar, a ella le está pasando lo mismo, todo el día tiene recuerdos, visiones, miedos y dolores. Necesitamos de grandes fuerzas para pasar este tiempo. Estamos acostumbradas a conectarnos con el dolor, más que con la energía positiva, nos dijo la doctora.*

SESIÓN No. 11  
NO TENGO ESPERANZA.

El grupo habló sobre un sentimiento que siempre las acompaña, la falta de esperanza.

Técnica empleada: asociación libre. Las puse a mirar un bello, pero patético cuadro, que cuelga en mi consultorio y representa una niña abusada

sexualmente. La pregunta motivadora fue: «¿Por qué tanto dolor en esa niña?».

*Las respuestas fueron:*

- *La niña perdió la felicidad*
- *Perdió la esperanza*
- *Perdió casi todo*

*Acta: Encontramos una gran verdad, esa niña nos representa fielmente, perdió su niñez y perdió la esperanza. Nosotras estamos aquí persiguiendo esa esperanza, aunque casi siempre por ahora todo parece oscuridad sin fin.*

SESIÓN No. 12

LA CAJA DE LA ESPERANZA.

Durante este período abundante en desesperanza, es importante introducir sesiones que permitan a las participantes vislumbrar alguna esperanza futura.

Utilicé una técnica consistente en fabricar una caja, «*la caja de la esperanza*», donde guardarían papeles con pensamientos positivos sobre esperanzas y cambios. Recurrí también a ejercicios de relajación.

*Acta: Nos dimos cuenta de que las cosas nos duelen en el presente, aunque están en el pasado, y que tenemos tan pocas esperanzas; el futuro es una palabra sin significado.*

SESIÓN No. 13

CONTINUACIÓN.

En las sesiones 13 y 14 el grupo continúa el tema de la esperanza y el futuro, el análisis de la confianza y la independencia. Aspectos introducidos por mí, para darles un poco de oxígeno y proseguir el camino. Aquí disminuí la velocidad con que analizábamos los temas y no se introdujo ninguno nuevo, más bien se reforzaron destrezas y habilidades logradas en la primera fase.

## SESIÓN No. 14

## QUIERO SER INDEPENDIENTE.

En esta sesión se incluye un evento de la vida actual de una de las integrantes. Ella decidió terminar una relación y expresa en esta sesión su deseo de no necesitar a una persona para sentirse segura y feliz. Esta participante en su adolescencia, había llevado a cabo una terapia individual y parecía ir más rápido que las otras. Esta diferencia creó en las compañeras sentimientos de minusvalía.

*Acta: Nos dimos cuenta de que nos sentimos débiles porque una compañera progresa más. Pero analizamos que nuestros caminos son distintos y no mejores o peores.*

## SESIÓN No. 15

## MÁS CONFIANZA EN SÍ MISMAS.

La sesión fue iniciada explorando sentimientos, para cuya expresión utilicé técnicas dirigidas a cambiar valores distorsionados sobre ellas mismas. También se interpretaron sueños y comportamientos destructivos. Fue una sesión muy productiva. El clima de confianza facilitó la expresión de sentimientos y valores, permitió la introspección y el análisis de sentimientos surgidos entre ellas.

*Acta: Una de nosotras estaba muy callada, a nuestras preguntas confesó que la autonomía que la compañera expresó en la sesión anterior, le causó una especie de vergüenza por no hacer lo mismo y un sentimiento de debilidad. Las otras compañeras dijeron que ellas ahora estaban mejor, pero también habían estado en ese gran hueco. Progresar les exigió mucho dolor y un gran esfuerzo. La doctora nos dijo que todas estamos aquí en un proceso, que si bien compartimos, no significa ser iguales. Que no hay mejores o peores caminos, solo distintos, algunos más cortos, otros más largos, pero todos se construyen con experiencias individuales, la forma de andarlos no nos convierte en mejores o peores personas.*

*Alguien contó un sueño. Soñó con el hombre, un tío que la abusó. Él estaba de pie mirando hacia el horizonte y ella de cuclillas a su lado, escuchaba que él le pedía perdón.*

*Una compañera dijo que el sueño reflejaba la diferencia de poder, el deseo de reparación, de perdonar, como nos lo exige la doctrina católica y la culpa por no hacerlo.*

*La doctora nos dijo que las personas dañadas, usualmente tenemos deseos de que se nos repare el daño, se nos pida perdón. Lo más importante es el perdón que nos concedamos a nosotras mismas y nos cuesta mucho.*

*Recordamos nuestra valentía somos valientes, estamos aprendiendo a confiar y hay personas que nos comprenden, nos quieren y a quienes le importamos.*

SESIÓN No. 16

NAVIDAD: APRENDIENDO A NO CREAR CRISIS.

Con la llegada de navidad muchos recuerdos tristes regresan. Elaboraron un plan de seguridad para experimentarla de una manera segura. Cada participante escribió como sería una navidad feliz y los pasos para conseguirla.

*Acta: La navidad nos hace infelices; nos recuerda cuando todos estaban alegres y nosotras no; cuando le pedíamos al Niño Dios que no nos pasaran más los abusos y no nos escuchó. Ahora podemos construir una navidad mejor.*

SESIÓN No. 17

SEXUALIDAD-SENSUALIDAD.

Después de navidad, la cual vivieron sin crisis, el grupo se sintió preparado para iniciar el tema de la sexualidad. Me pareció muy bien porque ese aspecto traería aparejado la expresión testimonial sobre los abusos. La sesión estuvo llena de esperanzas, la técnica usada para iniciar la reflexión, fue escribir en casa, lo que entendían por sexualidad y sensualidad, con el fin de investigar lo que para ellas significan estos conceptos.

SESIÓN No. 18

CONTINUACIÓN.

Cada integrante relató lo que para ellas significaban ambos conceptos. Se sentía mucha inquietud en el grupo.

*Acta: Para una de nosotras, el sexo era como una obsesión, pero negativa. A una compañera con solo hablar del tema la vagina le duele. A otra le da vergüenza ser virgen. Esta tarea la hicimos disociadas y solo pudimos pensar en palabras como malo, sucio, dolor, vergüenza, ausencia.*

*Analizamos el porqué. La relación con el abuso. Además, no tener sexo es como ser una niña buena.*

*La doctora nos dijo que es momento de reaprender una nueva forma de sentir el sexo, sin los traumas del pasado, hora de limpiar el terreno, sembrar nuevas semillas y esperar flores nuevas.*

*Vimos como el ser víctimas del abuso nos marcó, cuanto nos cuesta hablar y sentir el sexo y la sensualidad. Es como si estuviésemos obligadas a guardar el silencio que los ofensores nos impusieron.*

SESIÓN No. 19

CRISIS EN EL EXTERIOR.

El trabajo grupal se deja a un lado para apoyar a una integrante que presenta un problema familiar. Estos altos deben hacerse cuantas veces sea necesario.

SESIÓN No. 20

INTIMIDAD Y CONFIANZA.

Crear intimidad y confianza grupal. Llegar hasta aquí les ha tomado casi un año.

Este es el tiempo que el grupo necesitó para llegar hasta este instante. Es el momento en que a mis preguntas responden que ya sienten la suficiente cohesión y confianza para comenzar el proceso del testimonio.

*Acta: Creemos que estamos preparadas para darnos apoyo cuando empecemos a hablar del abuso. A algunas les da mucho miedo. La doctora dijo que lo vamos a hacer al ritmo que soportemos. Esto nos da confianza porque seguro vamos a querer parar muchas veces.*



## SESIÓN No. 21

## ABRIENDO LAS VENTANAS DEL TÚNEL.

«*Parece que el túnel tiene ventanas*», dijo una integrante y es un alivio saberlo después de los largos meses de oscuridad y desesperanza. Es este momento, cuando las alianzas terapéuticas con la facilitadora y entre ellas se han afianzado y el grupo es el lugar seguro, es el tiempo para que las sobrevivientes empiecen a revelar los secretos más secretos.

*Acta: Quisimos hablar de experiencias que nos avergonzaban, como robar en tiendas. Ahora entendemos que son «mecanismos de sobrevivencia, que tratan de subsanar la falta de poder», como dijo la doctora.*

*Otra compañera quiso revelar al grupo, «en honor a ella misma», que no había verbalizado que también fue objeto de abuso por parte de su hermano, al que quiere mucho.*

*Hablamos también de por qué mujeres abusan de sus hijas, especialmente de las madres que agreden sexualmente. La doctora aportó que muchas mujeres toman como suyos valores patriarcales y aunque en la sociedad tengan menos poder que los hombres, en su casa sí lo tienen y hacen daño. Y debemos usar todos nuestros nuevos conocimientos para comprender estos fenómenos y alcanzar un sentido más realista del mundo. Algunas de ellas tienen algún desorden mental o están abrumadas por la pobreza y su propia victimización.*

## SESIÓN No. 22

## ¿ QUIÉNES SON LOS OFENSORES (AS) ?

En la sesión anterior dejé la tarea de traer por escrito el parentesco con los ofensores, la edad que ellas tenían cuando sucedió la agresión sexual. Escribir esos nombres es un nuevo acto de poder. Permite ganar autonomía sobre los perpetradores. Cada integrante leyó algunos nombres con grandes dificultades. Todas las voces fallaban y el llanto acompañaba el testimonio.

*Acta: Los ofensores fueron:*

- *Un hermano: tenía yo 5 años*
- *Un tío: tenía 4 años y siguió hasta los 7 años*
- *Un hermano: tenía 6 años*
- *Mi padre: todavía no iba a la escuela.*
- *Mi papá: tenía 6 años*
- *Mi mamá: por muchos años, era muy chiquita*
- *Mi mamá: por muchos años, empezó desde bebé.*

*Necesitamos darnos mucho apoyo después de estas revelaciones. Hablar nos parece aún una desobediencia, aunque sabemos que imponernos el secreto fue una manipulación, todavía tenemos vergüenza y miedo.*

SESIÓN No. 23

QUIERO UNA MADRE BUENA.

Al formar parte de este grupo dos integrantes que fueron víctimas de abuso sexual perpetrado por su madre, le imprime igualdad a este. En la mayoría de los grupos que he tenido los ofensores han sido los padres y si hay mujeres ofensoras son amigas, tías, primas o empleadas domésticas. Por lo tanto, el tema del abuso materno cobra gran relevancia. Es importante validar sus enojos con sus madres y apoyar a la vez a quienes dentro del grupo no han tenido madres ofensoras, o sea, cuatro de seis integrantes. Hay que contextualizar el tema desde las relaciones dentro del sistema patriarcal, las asimetrías y subordinaciones hacia las mujeres, incluyendo a las ofensoras.

Durante estas sesiones adopté una facilitación más directiva, con el objetivo de propiciar la introspección y la interpretación.

*Acta: Nosotras cuyas madres nos agredieron debemos aceptar como parte de las pérdidas de la vida no haber tenido una madre buena. Hemos hablado sobre nuestros deseos de tener madres buenas. Una y otra vez, nuestras niñas internas desean recobrarlas. La doctora nos dice «que si queremos podemos perdonarlas, pero recobrarlas no es más que una fantasía. Hay familias alternativas, como este grupo y otras personas que nos pueden querer como familia. No permitan que este dolor les arruine su presente.*

*Que le demos al dolor la ubicación adecuada, en el pasado, y en el presente un lugar; no todo el lugar», repite la doctora. Sabemos que duele mucho, que el ser víctima de abuso deja cicatrices, pero «como los que fueron a la guerra, somos heroínas», dice la doctora.*

SESIONES Nos. 23 y 24  
RELATANDO MÁS ABUSOS.

Estas sesiones fueron de una altísima tensión, cuando el dolor, el asombro, el llanto, la disociación, fueron compartidas por todas las integrantes. *Siempreviva* relató su historia de abuso. Me tomaría un libro completo compartirla y comentarla ampliamente.

No incluyo el acta que otra elaboró pues no refleja la profunda dimensión del testimonio. Transcribiré algunos episodios, según ella nos lo reveló, recogidos mediante una grabación:

*«El desgraciado de mi tío, es el ser que más detesto. Me sentaba en la cama, me corría el «blumer» y frotaba (supongo que el clítoris). A ninguna edad recuerdo sentir placer, solo una vez sentí como un ardor, pero con mucho dolor. Otras veces me introducía el pene y lo movía.*

*También se sacaba el pene, lo recuerdo erecto, lo frotaba con mis manos, me hacía decirle que lo deseaba, que su pene era lindo y otras estupideces. Lo peor que recuerdo fue cuando un día no quiso sólo que lo tocara, sino que bajó mi cabeza y me la metió en la boca, las últimas palabras que recuerdo que dijo fueron: «Dale muchos besos y verás la sorpresa que tengo para ti, no recuerdo más, solo oscuridad y confusión».*

*A una de las cosas que le tenía más miedo, era a la escoba, mi mamá cuando me vino la menstruación, me bañaba con detergente y alambre. Un día me metió la escoba en la vagina, me retorció el busto y me quemó con unos cigarrillos. Siempre me hacía enseñarle los moretones y quemaduras que me hacía.*

*Después que cumplí quince años, vendió mis regalos. Por primera vez protesté y me tiró al suelo y me hizo 21 cortadas.*

<sup>2</sup> *El Dr. Freddy Ulate*, fue el único médico que prestó atención al caso presente y envió a la paciente a la medicatura forense.

*Me encerró en la casa y me ordenó que no saliera. Estuve inconsciente, yo ya estaba agotada y con unos vidrios me corté las palmas de las manos.*

*Fue cuando apareció el Dr. Ulate<sup>2</sup> en mi vida, él no sabe quien soy.*

*Él le dijo a mi mamá que me dejara estar un mes con mis padrinos, fue la primera vez que comí sin miedo. Cuando regresé a casa mi mamá me golpeó hasta casi matarme y me juró que si hablaba me mataría. Yo dormía con el número del Dr. Ulate bajo mi colchón.*

*Una vez recuerdo, como un hombre me violaba por atrás, sufrí amargamente cuando vino el recuerdo, porque me veía en una cuna, con dos años».*

Con estas y otras historias desgarrantes, finalizó la segunda etapa del tratamiento: «*Duelo y Recuerdo*». No hubiésemos podido comprender la razón de los porqués de este tipo de testimonio, sin escuchar los efectos sanadores después de estas revelaciones. En la sesión siguiente *Siempre viva* nos contó que luego de una semana de terribles dolores físicos, miedo a bañarse y una sobrenatural certeza de sentirse como una bebé, por primera vez en toda su vida, pudo visualizar a esa bebé agredida, entender que no pudo ser culpable y experimentar el primer sentimiento de paz de toda su existencia.

## VIII



## EL DESORDEN DE LA PERSONALIDAD MÚLTIPLE

Hay una fuerte correlación entre el desarrollo de este desorden y antecedentes de abuso infantil (Gil, 1988). Esta es la razón por la cual dedico un capítulo sobre este tópico llamado hoy día: desorden disociativo de la identidad.

Las (os) terapeutas que tratan víctimas y sobrevivientes debemos tener conocimiento de esta patología con el objetivo de hacer un acertado diagnóstico y, por supuesto, proporcionar un tratamiento adecuado a las personas en que lo descubrimos. Para esto, es necesario que las (os) profesionales reciban algún tipo de entrenamiento para aproximarse a un acertado diagnóstico y tratamiento.

### 1. ANTECEDENTES

La historia de desorden de personalidad múltiple (DPM) es paralela a la historia de la psiquiatría. Charcot, Janet y James estudiaron los fenómenos disociativos. Putnam en 1989 acreditó a Paracelsus el ser el primer científico que en 1646 reportó a una persona con desorden de personalidad múltiple. En esa época hubo poco interés en la comunidad médica por este.

Durante el período comprendido entre 1880 y 1920, florecieron muchos estudios alrededor del desorden de personalidad múltiple y la disociación, pero su énfasis decreció a partir de 1920 hasta 1970.

Entre 1973 y 1976, estudié psiquiatría en Costa Rica, tiempo en que no fui informada desde la literatura a mi alcance de ninguna mención seria al respecto y los casos conocidos aludían, en su mayoría a películas o libros, como «*Sibyl*» o «*Las tres caras de Eva*», cuyos contenidos no despertaban respeto entre psiquiatras y psicólogas (os).

En los años setenta, un grupo de clínicos norteamericanos reiniciaron el estudio y la investigación de la personalidad múltiple. Estos esfuerzos fueron recompensados con la aparición en el DSM - III de los criterios diagnósticos y se devolvió la legitimidad al desorden (Putnam, 1989). En forma paralela surgió un nuevo auge sobre la hipnosis y el estudio de las extraordinarias capacidades disociativas de la mente.

En Estados Unidos actualmente hay una gran cantidad de investigaciones, reportes y congresos en donde se discuten las experiencias y adelantos del estudio sobre el desorden de personalidad múltiple (DPM).

En nuestro país existe una escasa experiencia en el diagnóstico de la personalidad múltiple (DPM) y en su tratamiento.

Gracias a Alvarenga Bianco<sup>3</sup>, quien fue mi jefe cuando trabajé como psiquiatra de la Caja Costarricense de Seguro Social en Cartago tuve el conocimiento del primer caso. El me permitió asistir a una sesión y observar los cambios de personalidad de un paciente en tratamiento.

Reconozco con humildad que mi ignorancia al respecto contribuyó al olvido del diagnóstico y a que no investigara más. Recuperé ese interés cuando nació la *Fundación Ser y Crecer* en 1991. Por esta época sabía que la prevalencia del DPM era alta en personas traumatizadas en su niñez. Invité a Sara Sharrat a impartir un curso en el proyecto «*Capacitación en violencia doméstica*» del Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente (ILANUD). Entonces revisé la literatura y empecé a afinar métodos diagnósticos.

Desde ese momento hasta hoy, he diagnosticado a cinco mujeres con el desorden de personalidad múltiple. La primera había sido tratada como esquizofrénica paranoica en el Hospital Nacional Psiquiátrico, la segunda recibió el diagnóstico de personalidad fronteriza, la tercera de esquizofrenia afectiva, la cuarta sin diagnóstico y la quinta de paciente «*difícil*» después de pasar cinco años de terapia individual en consulta privada. Algunas asistían a la Fundación y desconozco sus destinos en la actualidad. Una de ellas continúa en terapia en mi consulta. Hasta este momento he descubierto doce de sus personalidades. Mi trabajo con ella ha sido el más arduo de mi vida, pero el más gratificante. Me abrió las puertas a un conocimiento para mí inexistente, que otrora fuera magia o invento de los escritores para ganar publicidad. Le agradezco a mi clienta la oportunidad de transformar esta óptica.

Sin embargo, a veces el sentimiento y la responsabilidad de devolverle la memoria me abruma. Estudio mucho sobre el tema y supervisé el caso con Herman. Pero en la actualidad estoy muy sola en este campo. Las clientas temen perderme porque sienten la carencia de otras terapeutas expertas en este desorden y esto no es sano para ellas. De allí la gran necesidad de mayor entrenamiento para terapeutas.

<sup>3</sup> *Dr. Mario Alvarenga Bianco*. Médico que ha dedicado muchos años a la atención de clientes por medio de hipnosis.

## 2. ¿QUÉ ES PERSONALIDAD MÚLTIPLE ?

La personalidad múltiple es una condición mental asombrosa, casi imposible de creer, genera grandes incertidumbres tanto en la (el) terapeuta como en la clienta (e).

Las personas con personalidad múltiple han recibido con frecuencia diagnósticos equivocados, tales como desorden de personalidad fronteriza, por esta razón es necesario exponer los criterios diagnósticos aparecidos en el DSM- IV (1995) para el desorden de personalidad fronteriza y el desorden de identidad disociativa o (DPM) y así establecer las diferencias. En este libro y para efectos didácticos utilizaré el término DPM (desorden de personalidad múltiple) y no el de desorden de identidad disociativa (DIS), como aparece en el DSM-IV. Esto porque históricamente el desorden ha sido mejor conocido como DPM y este cambio reciente de nomenclatura puede resultar confuso para las personas lectoras.

Describo también los criterios clínicos aparecidos en el DSM-IV (1995), para el desorden de despersonalización y la fuga disociativa. He creído necesario presentar ambos para que la clínica (o) observe las similitudes y diferencias, y así pueda hacer un diagnóstico correcto en casos de personalidad múltiple.

### **2.1. Criterio diagnóstico para el desorden de personalidad fronteriza.**

Tal como aparece en el DMS-IV (1995) es un patrón persistente de inestabilidad en relaciones interpersonales, autoimagen, afectos y una marcada impulsividad iniciada en la madurez temprana y presente en una variedad de contextos. Para establecer el diagnóstico deben estar presentar cinco o más de las siguientes características:

#### *2.1.1 . «Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario.*

*Nota: No incluye comportamiento suicida o autodañino cubierto en el Criterio # 2.1.5.*

#### *2.1.2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, alternando entre extremos de idealización y devaluación.*



2.1.3. *Perturbaciones de identidad autoimagen o sentido del yo marcada y persistentemente inestable.*

2.1.4. *Impulsividad al menos en dos áreas que son potencialmente autodañinas (Ej: gastar, sexo, abuso de drogas, manejo peligroso, comer demasiado).*

*Nota: No incluye comportamiento suicida o autodañino cubierto en el criterio # 2.1.5.*

2.1.5. *Comportamiento recurrente suicida, gestos o amenazas, o comportamiento autodañino.*

2.1.6. *Inestabilidad afectiva debido a estados de reactividad marcados (Ej: disforia episódica intensa, irritabilidad o ansiedad que dura unas horas o varios días).*

2.1.7. *Sentimientos crónicos de vacío.*

2.1.8. *Enojo inapropiado, intenso o dificultad de control del enojo (Ej: demostraciones temperamentales frecuentes, enojo constante, pleitos físicos recurrentes).*

2.1.9. *Ideas paranoicas transitorias relacionadas con estrés o síntomas disociativos severos". (DMS-IV, pp. 654, 1995)*

## **2.2. Criterio de diagnóstico para desorden de identidad disociativa o desorden de personalidad múltiple.**

Los criterios diagnósticos, según DSM-IV (1995), para hacer el diagnóstico del desorden de identidad disociativa, que llamo en este libro, desorden de personalidad múltiple, son los que siguen:

2.2.1. *«La presencia de dos o más identidades distintas o estados de personalidad (cada uno con su propio patrón de durabilidad relativa, relacionado con y pensando en el entorno y en uno mismo).*

- 2.2.2. *Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad toman control, recurrentemente, sobre el comportamiento de la persona.*
- 2.2.3. *Inhabilidad para recordar información personal importante que es muy extensa para ser explicada por un olvido ordinario.*
- 2.2.4. *El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una situación (Ej: pérdidas del conocimiento o conductas caóticas durante la intoxicación por alcohol) ni a una condición médica general (Ej: ataques parciales complejos).*

*Nota:* «En los niños, los síntomas no se atribuyen a compañeros de juego imaginarios ni a otro tipo de juego imaginario». (DSM-IV pp. 487 1995)

Es importante también señalar los criterios para los diagnósticos del desorden de despersonalización y la fuga disociativa, útiles en el diagnóstico diferencial del DPM, tal como aparecen en el DSM-IV (1995).

### **2.3. Criterio de diagnóstico para el desorden de despersonalización.**

- 2.3.1. *«Experiencias persistentes o recurrentes de sentirse alejada del proceso mental o cuerpo de uno mismo, como si uno fuera un observador extraño (Ej: sentir que uno está en un sueño).*
- 2.3.2. *Durante la experiencia de despersonalización, la prueba de realidad permanece intacta.*
- 2.3.3. *La despersonalización causa angustia o impedimento clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas de funcionamiento.*
- 2.3.4. *La experiencia de despersonalización no ocurre exclusivamente durante el curso de otro desorden mental, como la esquizofre-*

*nia, desorden de pánico, desorden de estrés agudo u otro desorden disociativo, y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (Ej: abuso de droga o medicamento) o condición médica general (Ej: epilepsia del lóbulo temporal) (DSM-IV pp. 487, 1995).*

#### **2.4. Criterio de diagnóstico para fuga disociativa.**

Como dije anteriormente, la fuga disociativa, es otro diagnóstico importante para considerar en el diagnóstico diferencial.

2.4.1. *«La perturbación predominante es súbita, viaje inesperado lejos de casa o lugar acostumbrado de trabajo, con una inhabilidad de recordar el propio pasado.*

2.4.2. *Confusión sobre la identidad personal o la asunción de una nueva identidad (parcial o completa).*

2.4.3. *La perturbación no ocurre exclusivamente durante el curso del desorden de identidad disociativa y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancias (Ej: uso de drogas, un medicamento) o condición médica general (Ej: epilepsia temporal).*

2.4.4. *Los síntomas causan molestia clínica significativa o incapacidad en áreas como la social, la ocupacional, u otras áreas importantes de funcionamiento». (DSM-IV, pp. 484, 1995)*

Ha habido confusión en el establecimiento de estos diagnósticos, especialmente entre DPM y DPF. En un interesante estudio del Departamento de Psiquiatría de Akron (Ohio), hecho por Kemp Gilbertson y Torem (1990), estos autores establecen algunas bases para el diagnóstico diferencial entre desorden de personalidad múltiple y diagnóstico de personalidad fronteriza, en un esfuerzo por ayudar a las (os) terapeutas a establecer el diagnóstico adecuado.

Según este estudio, las clientas (es) diagnosticadas con DPM y con DPF tienen muchas semejanzas y si se utilizan las pruebas diagnósticas tradicionales como el MMPI, no hay grandes diferencias, lo cual aumenta las dificultades.

La diferencia clave está en las alteraciones de la memoria y perturbaciones disociativas abundantes y muy específicas del DPM y en afinar el método diagnóstico, lo cual requerirá de entrenamiento y experiencia clínica.

Putnam (1989) indica que como resultado de los más recientes estudios es que el abuso sexual infantil empezó a reportarse como el trauma desencadenante de la personalidad múltiple, aunque nos recuerda que Morselli desde 1930 reportó el incesto como causante de la personalidad múltiple.

En Costa Rica Alvarenga Bianco, me comentó el caso de personalidad múltiple al que me referí antes. El trauma originante del desorden de personalidad múltiple en el cliente fue el ser testigo de un infanticidio materno en su niñez. Esto fue documentado por Alvarenga Bianco en su libro «*Hipnotismo*» (Alvarenga, 1995).

La enorme conciencia que hay en Estados Unidos sobre la letalidad del abuso sexual infantil ha empujado el avance hacia la búsqueda de la relación de causalidad entre este y el desorden de personalidad múltiple.

El origen postraumático del desorden de personalidad múltiple, ha sido documentado por Putnam (1989) y otros autores, quienes encontraron que el 97% de las clientas (es) con DPM tienen historia de abuso infantil. La mayoría de estos abusos han sido: incesto, abuso físico y psicológico. Putman afirma que ninguna o ningún terapeuta que haya trabajado con dos o tres casos de desorden de personalidad múltiple duda de la existencia de una relación de causalidad entre el DPM y el abuso infantil.

En mi experiencia clínica, las cinco clientas diagnosticadas como portadoras del desorden de personalidad múltiple tienen historial de incesto, abuso físico y psicológico con una atrocidad semejante a la tortura. Dos de ellas han sido objeto de abuso por parte de sus madres y otros ofensores masculinos, tanto sexual, física como psicológicamente.

El diagnóstico del desorden es bastante raro en la infancia, por razones similares a las mencionadas en la historia del diagnóstico para adultas (os). Las niñas (os) con desorden de personalidad múltiple tienen períodos de amnesia sobre conocimientos muy básicos en relación a ellas (os). Niegan haber hecho cosas de las que se les acusa, escuchan voces dentro de sus cabezas, existen diferencias no muy visibles entre sus personalidades, tendencias automutilantes o suicidas. La investigación exploratoria con niñas (os) poseedoras de este cuadro, debe hacerse en forma minuciosa y su pronóstico bajo terapia adecuada es bastante bueno (Kuft, 1984).

En las clientas (es) diagnosticadas con DPM que he investigado y tratado, existen historias infantiles de gran crueldad, en donde se mezcla lo sexual con lo físico y en ambos casos con extrema violencia. Este tipo de agresiones no tienen paralelo con las narraciones de otros abusos sexuales escuchados a cientos de clientas (es) investigadas, desde que inicié mi trabajo con el incesto y el abuso sexual infantil.

Por lo tanto, el abuso infantil grave infringido por muchos años, además de sádico y repetitivo, es un antecedente importante en el desarrollo del desorden de personalidad múltiple.

He notado que en las clientas con DPM han intervenido una gran cantidad de ofensores, hombres y mujeres. Han sido violadas con instrumentos como palos de escoba o mangueras. Ofrecidas sexualmente por la madre a su padre o por el padre a otros hombres. Sometidas a actos degradantes, por ejemplo, obligadas a comer la comida del perro, lavarse la cara en el agua del inodoro.

Todas las clientas que recibieron el diagnóstico fueron víctimas de incesto. El más frecuente fue el incesto padre / hija. También el incesto hermano / hermana, tío / sobrina, madre / hija y otros abusos sexuales múltiples (médicos, vecinos, sacerdotes).

He aquí, el cuadro que sintetiza estos datos:

#### DATOS SOBRE LAS CLIENTAS DIAGNOSTICADAS CON DPM

SOBREVIVIENTES CON D.P.M.		OFENSOR
Sexo	100% Femenino	Padre: en todos los casos
Edad del diagnóstico	Entre 19 y 30 años	Madre: en 2 casos Hermano: en 3 casos
Tipo de abuso	Sexual 100% Físico 60% Psicológico 100%  <i>Nota:</i> En todos los casos el abuso fue múltiple.	Tío: en 4 casos Hermana: en 2 casos Amigos y cuidadores: en todos los casos  Primo: en 3 casos

Putnam (1989) escribió sobre este tema en un libro denominado «Diagnóstico y tratamiento del desorden de personalidad múltiple», en él he basado mi trabajo con personalidades múltiples.

En este se explica que el trauma grave y sostenido ocurrido durante la primera parte de la niñez es considerado como lo etiológico en el desarrollo del desorden de personalidad múltiple. Afirma el autor que:

*«El trauma recurrente crea una situación en la cual, para adaptarse, el niño aumenta la separación entre los estados conductuales, con el fin de compartimentalizar los afectos y recuerdos agobiantes generados por el trauma [...] los estados disociativos de la conciencia [...] han sido reconocidos como respuestas adaptativas al trauma agudo porque proporcionan:*

- *Escape de la realidad.*
- *Contención de los recuerdos y afectos traumáticos fuera del conocimiento consciente normal.*
- *Alteración o separación del sentido del ser (de tal manera que el trauma aparece como que le sucede a otra o a un ser despersonalizado).*
- *Analgesia».* (Putnam, pp. 53, 1989).

Este autor agrega que todas las personas nacemos con posibilidades de presentar estados disociativos en la niñez, aunque con el cuidado natural de los padres en una infancia normal se aprende a modular estos estados conductuales y a «*extender nuestro sentido del ser a través de diferentes contextos y exigencias para desarrollar una personalidad unificada*» (Putnam, pp. 54, 1989).

En el desorden de la personalidad múltiple los estados disociados con un sentido específico del ser surgen a lo largo de la niñez y preadolescencia. Cada vez que la persona vuelve a entrar en un estado disociativo es para escapar de determinado trauma o dolor y por lo tanto de un recuerdo, formándose así «*las personalidades alternas*».

### 3. OTRAS DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO

Las clientas portadoras del desorden de personalidad múltiple no tienen muy claro lo que les sucede, inclusive muchas de ellas, no recuerdan que han tenido amnesia.

Esto fue muy claro para mí cuando después de un año de terapia, una sobreviviente de la que solo tenía sospechas de ser portadora del desorden de personalidad múltiple, durante la etapa de testimonio, dijo: «*Ayer no recuerdo qué hice entre las doce y las cinco de la tarde. Estoy asustada porque recuerdo que subí en un bus a las doce y a las cinco me bajé de otro en un lugar desconocido. Nunca me había pasado*». Luego en la exploración clínica constaté que esto le había pasado muchas veces.

Otras clientas, aunque encuentran algo extraño en sus vidas y perciben el olvido del recuerdo por períodos, tienden a no hablar de estos hechos ni aún en terapia, por miedo a ser interpretadas como locas.

Una vez establecido el diagnóstico, la personalidad llamada «*huésped*» es la que informa de algunos detalles, pero a ella le ha sido vedado el conocimiento de las otras personalidades alternas, por lo tanto, la información proporcionada es limitada, además se resiste a aceptar un diagnóstico en ese sentido. Puesto que en América Latina este tema es casi desconocido y las clientas nunca han oído hablar de él, tienen temor a ser diagnosticadas como locas y se callan. Además, han aprendido a manejar una serie de mentiras o estrategias en la conversación para pasar inadvertidas a la (el) terapeuta, o a sus interlocutoras (es).

Este tipo de diagnóstico nunca lo he hecho en las entrevistas de evaluación o en los primeros meses de la terapia. Son sobrevivientes que han estado por años o meses en psicoterapia grupal e individual conmigo o con otra (o) profesional. Cuando sospecho que una clienta puede estar sufriendo esta patología, suelo explorar minuciosamente el estado de la memoria, como la amnesia o «*tiempo perdido*», los fenómenos de despersonalización y desrealización.

Estos tiempos perdidos tienen su gradación. Todas las personas podemos tener pequeños episodios disociativos, por ejemplo: cuando manejamos por una carretera conocida o larga, en momentos de gran preocupación, si estamos concentrados, o vamos en un bus, etc. Pero en mis clientas con desorden de personalidad múltiple, estos fenómenos no están asociados a estos disparadores, son de larga duración y en ausencia de drogas y alcohol. Muchas veces se encuentran con una persona que las saluda con familiaridad y no recuerdan conocerla en absoluto. Otra situación es que aparece ropa en su casa y no recuerdan haberla comprado o «*se dan cuenta*» o «*se despiertan*» en un lugar y no saben cómo llegaron al sitio.

Con frecuencia cuando niñas a estas clientas se les llamaba mentirosas al no recordar eventos, entonces en la terapia pregunto sobre esos detalles.

Observo los cambios durante la sesión y cuánto pueden recordar de lo que les sucede.

El proceso de diagnóstico y evaluación es mucho más lento y prolongado si lo comparamos con el de otras sobrevivientes. Generalmente la clienta que va a terapia es la huésped, ella pondrá muchas trabas y las personalidades alternas probarán de muchas maneras a la (el) terapeuta antes de contar con un cuadro completo del sistema de personalidades.

#### 4. HALLAZGOS DEL EXAMEN MENTAL EN PACIENTES CON DPM

Por su utilidad, describo una tabla modificada por mí, tomada del libro de Putnam «*Diagnóstico y ratamiento del esorden de personalidad múltiple*», que resume los principales hallazgos asociados al examen mental en el DPM.

ÁREA	CARACTERÍSTICAS
<i>Apariencia</i>	El estilo de vestido, el ánimo y la apariencia general pueden cambiar impresionantemente entre sesión y sesión. Suelen ocurrir marcados cambios en la apariencia facial, expresión, postura y gestos en una misma sesión. Los movimientos de las manos y los hábitos como el fumar, pueden cambiar en un corto espacio de tiempo.
<i>Forma de hablar</i>	Cambios en la velocidad, acento, vocabulario, tono y en el uso de expresiones. Pueden ocurrir en un breve período de tiempo.
<i>Procesos motores</i>	Pestañeo rápido, parpadeo, giros de los ojos, tics, reacciones de alarma o temblores y muecas acompañan a menudo, los cambios de las personalidades alternas.
<i>Procesos del pensamiento</i>	Los procesos del pensamiento no parecen ser secuenciales y a veces son ilógicos. Las asociaciones parecen desunidas y las clientas (es) parecen bloquear o perder el hilo de su pensamiento. Esto es más notorio en los cambios rápidos o en las



crisis de «puerta giratoria». El desorden de pensamiento no persiste después de una crisis. La crisis de puerta giratoria se refiere al fenómeno de salida rápida y caótica de las personalidades en lapsos de tiempo cortos.

#### *Alucinaciones*

Las alucinaciones visuales o auditivas pueden presentarse, incluyendo voces peyorativas, voces que comentan o discuten sobre la clienta (e). Las voces se experimentan más frecuentemente como si estuvieran dentro de la cabeza de la clienta (e). Pueden presentarse voces positivas o de proceso secundario.

#### *Funcionamiento intelectual*

La memoria de corto plazo, la orientación, los cálculos y el fondo del conocimiento están por lo general intactos. La memoria de largo plazo puede mostrarse deficitaria.

#### *Juicio*

La clienta (e) puede denotar rápidas fluctuaciones de la adecuación del comportamiento y del juicio. Estos cambios ocurren a menudo de una edad a otra (Por ej: cambio de comportamiento de adulta a niña).

#### *Introspección*

La personalidad que se presenta a tratamiento (alrededor del 80% de las veces) usualmente no conoce la existencia de las personalidades alternas. Las clientas (es) muestran una marcada incapacidad para aprender de experiencias pasadas.

## 5. LA PERSONALIDAD HUÉSPED Y LAS PERSONALIDADES ALTERNAS

### **5.1. La personalidad huésped.**

La personalidad huésped es la que casi siempre asiste a la terapia, no conoce su problema en su totalidad o ha pasado la vida ocultándolo. La huésped, a veces, desaparece cuando se completa el proceso de integración, en otros casos no se da este proceso de desaparición, sino que las personalidades alternas y la huésped, quedan formando parte de un sistema en donde todas se conocen y se comunican (Putnam, 1989).

## 5.2. La personalidades alternas.

Las personalidades alternas exhiben diferencias entre sí, no tan dramáticas como se presentan en la TV pero sí manifiestan diferencias identificables para la (el) terapeuta.

Las alternas pueden surgir espontáneamente, como en el caso de mi primera clienta Ana, llegó a la organización en que yo trabajaba y me dijo «*soy maría (la clienta era Ana) y amiga de Ana*».

Otras veces el proceso para conocer a las alternas es mucho más lento porque una de ellas tiene el mandato de no hablar o destruye el material. La hipnosis facilita el proceso de conocimiento, pero es una técnica que las clientas rechazan con frecuencia.

Al principio de la terapia no uso la palabra personalidad, sino conceptos como «*el otro aspecto*» o «*la otra forma de ser*» etc. Después que la huésped ha aceptado el diagnóstico utilizo más libremente la palabra personalidad.

## 5.3. La historia de O.

Mujer de 30 años, casada, tiene dos hijos varones. Sus estudios universitarios se truncan, pertenece a clase media y reside en Heredia. Fue referida por mejorar muy poco con su antigua terapeuta y estar muy deprimida.

Esta clienta había estado en psicoterapia por cuatro años y los síntomas no cedieron. Las personalidades que hasta el momento he descubierto las presento con detalle en el cuadro siguiente:

Personalidades	Edad	Sentimiento
Elizabeth (huésped)	30 años	Abatida.
Eli	4 años	Abandonada.
Eliza	5 años	Sola. Llora mucho.
Isa	6 1/2 años	Encerrada, golpeada.
Lis	8 años	Aterrorizada y maltratada.
Beth	12 años	Deseo de morir y destruir.
Bety	15 años	Suicida, autoritaria.
Lisa	18 años	Venganza, burla, deseo de destruir. Odio.
Lil	25 años	Fuerza, quiere ayudar.
Lili	27 años	Es la encargada de guardar el silencio.

### 5.3.1. Historia pesonal de O.

La historia personal de esta clienta es una cadena de agresiones.

Violada analmente por su padre cuando tenía 4 años, no recuerda cuántas veces más le sucedió, ni por cuánto tiempo. También fue violada por su hermano drogado cuando tenía 6 años. Para silenciarla la amenazaba con un cuchillo de cocina. Esto pasó en forma reiterada desde los 6 años hasta los 8 años.

Su madre la bañaba con una manguera y la restregaba con jabón en polvo y desinfectante. En varias ocasiones fue manoseada por un grupo de amigos de la casa y luego le daban dinero. A los seis años fue tocada por un grupo de hombres.

La madre, además de golpearla con cualquier objeto, la forzaba para que viera los castigos de sus hermanos como quemarles los pies. Además la acostaba desnuda en una mesa y le lavaba los genitales con una manguera «*para limpiarla*». La obligaba a observar sus relaciones sexuales. Otras veces la llevaba a la tina y desnuda, la llenaba de espuma para afeitar y le clavaba las uñas en el cuerpo.

Un primo que también frecuentaba la casa, cada vez que lo hacía, la introducía en el cuarto y le decía «*la niña preferida*», tenía entonces 10 años. La encerraba y la desnudaba para pasarle la lengua por el cuerpo. No le daban de comer por días, para no desmayarse ingería la comida del perro. La madre la castigaba metiéndole la cabeza en el inodoro.

Un día la madre le clavó una cuchara debajo de la lengua y sangró mucho. La llevaron al Hospital de Niños y allí nadie preguntó el por qué de esta agresión. Por el contrario, cuando la llevaron para que le recetaran sus zapatos ortopédicos, el médico sacó a la tía del consultorio, la desnudó y le tocó los genitales.

En el colegio la violó un compañero y ella pensó «*que no era nada*». Fue a un sacerdote para recibir consejo y él empezó a tocarla.

Este relato es sólo un extracto de toda la historia, que actualmente aún no he completado y que será tema para otro libro.

### 5.3.2. La personalidad huésped.

En el caso descrito, la huésped llegó a terapia. Es amable, deprimida, temerosa, servicial, incapaz de poner límites y sufre de cefaleas terribles y miedo de salir sola.

Según Putnam, la personalidad huésped es «*depresiva, ansiosa, ahedónica, rígida, sexualmente frígida, compulsivamente buena con una conciencia estricta y con dolores de cabeza*» (Putnam, pp. 107, 1989).

El perfil de mi clienta coincide con el descrito por los autores estudiosos de este desorden; esta es una similitud probatoria de lo que en estas páginas se narra como la historia de O.

### 5.3.3. Las personalidades infantiles.

En el caso de mi clienta, posee personalidades infantiles. Cuando han «*salido*» en general no hablan, se sientan en el suelo y pintan. En una ocasión se sentó una de ellas detrás de la cortina en la esquina de mi consultorio.

### 5.3.4. Las personalidades suicidas.

«*Siento una fuerza poderosa dentro de mí, destructiva*», me decía la huésped, cuando hablábamos de acciones que acompañaba con gran ira.

Una o varias personalidades alternas poseen una fuerte tendencia de carácter compulsivo a suicidarse. Putnam refiere que su función puede ser sólo el suicidio y no conocer la existencia de la huésped ni de otras personalidades (Putnam, 1989).

### 5.3.5. Las personalidades farmacodependientes.

«*Desde pequeña me llevaban al hospital porque creían que era por la jaquecas y eran las pastillas que me daban los doctores las que me tomaba*», me reveló la personalidad farmacodependiente de los ansiolíticos y antidepresivos.

Esta personalidad tiene una gran fuerza en períodos de crisis, consume dosis peligrosas de medicamentos.

### 5.3.6 Las personalidades «*que ayudan*».

He encontrado que existen, personalidades, que apoyan y ayudan. Una de ellas fue quien me proporcionó lo que yo llamé «*el árbol de las personalidades*».

Las personalidades protectoras conforman parte de un sistema interno que buscan el control y el equilibrio para contrarrestar las personalidades autodestructivas.

### 5.3.7. Personalidades destructivas.

En el caso de O, una de ellas, ha destruido una gran cantidad del material escrito producido por las otras personalidades y no tiene idea de cuánto daño hace al proceso terapéutico. Kluft (1984) llama a esta personalidad que hace daños internos y externos, y cree que puede matar a otra personalidad sin ponerse en peligro, la personalidad con «*pseudoilusión*».

Las personalidades no se conocen todas entre sí y a veces la huésped desconoce la existencia de las otras. Es la (el) terapeuta conjuntamente con el sistema de personalidades quienes deben ir haciendo las conexiones entre ellas. He encontrado que a pesar de la fragmentación inicial de las personalidades, hay en algunos casos, información compartida. La clienta estudiada tiene una consigna que atraviesa la fragmentación. Esta es que ella debe cuidar a los hijos y en efecto, los niños nunca han sufrido daño por ninguna personalidad. Putnam cree que se da algún grado de comunicación entre las barreras disociativas, punto de vista que también comparto y es este canal el que utilizo para proponer los contratos para cuidarse.

La (el) terapeuta no debe caer en el error de tratar a la clienta (e) con DPM como si tratara con diferentes personas. Se trata de una sola persona con personalidades alternas (Putnam, 1989).

Las alternas tienen diferentes valores, edades, género, orientación sexual o raza. Relaciones que difieren entre ellas, unas casadas, otras no. Tiene gustos distintos para la ropa. Sus nombres son derivados de uno o dos, como lo muestro en el caso de mi clienta, la dolorosa historia de O.

IX



## LAS MADRES

Casi siempre a las madres de las víctimas y sobrevivientes de incesto, no se les presta la atención necesaria. O en el mejor de los casos se las culpa por su participación, se las responsabiliza por el cuidado de sus hijas (os) en todos los minutos del día y de la noche.

La culpabilización dirigida a las madres minimiza las responsabilidades que deben recaer sobre los perpetradores, en su mayoría hombres. Aunque muchas madres son perpetradoras y otras niegan lo que ocurre.

El análisis de este fenómeno cobra otros matices si se comprenden mejor los mandatos que la sociedad ha impuesto a las mujeres, aspectos desarrollados ampliamente en el Capítulo I y al hecho de que a menudo ellas fueron a su vez víctimas de incesto o agredidas por sus parejas (Russell, 1986). Lo que es cierto es que el incesto padre / hija destroza la vida de la madre.

Las madres de las sobrevivientes de incesto han sido invisibilizadas y son ignoradas y culpabilizadas por los actos abusivos de sus esposos, sobre todo, en los casos de incesto. Detrás de esta estigmatización gratuita subyace una concepción sexista que justifica a los hombres. Se considera un derecho masculino el que si sus esposas «*faltan*» pueden usar y abusar de sus hijos, especialmente de sus hijas. Esta escala de valores es la que responsabiliza a las madres de todas las penurias familiares. Corriente seguida en los textos de medicina, psiquiatría y otras ciencias, aun los no académicos, con gran rapidez, hacen culpables a las madres.

Muchas teorías proponen la culpa de la madre. Una es que se identifica con la hija y en forma fantasiosa satisface su deseo infantil incestuoso por su padre, otra es que la madre coloca a la hija en sustitución de ella (Buttler, 1985).

Por tanto, en el tratamiento del incesto, las madres suelen ser culpabilizadas y sus necesidades obviadas en forma explícita. Más bien su impotencia es la prueba de su daño.

Muchas de ellas han vivido bajo regímenes familiares totalitarios en donde fueron agredidas. Narro la historia de una de ellas. Este estudio es el

resultado de un trabajo de investigación de varios años y su lectura se llevó a cabo en la Universidad de Costa Rica en 1986. En el mismo se describe la situación así:

*«Teresa fue mi madre de crianza, ella tenía tres hijas amargadas. Se pasaban golpeándome y quejándose del sacrificio que hacían por tenerme en esa casa.*

*Cuando tenía cinco años mi madre adoptiva me llevó con ella a recoger el dinero de unos cuartos que alquilaba. Me dejó sola un rato y un hombre me empezó a tocar los genitales y a besarme en la boca.*

*A los doce años mi madre se enfermó de la cabeza, dijeron que era esquizofrenia y la internaron en el Psiquiátrico.*

*Cuando conocí al que es mi esposo, para mí fue un logro, nunca había tenido nada, ni cariño, ni apoyo. Además, mis hermanas me decían que no hay que soltar a un hombre cuando se pesca. Yo estaba muy agradecida porque alguien de buena familia se fijara en mí» (Batres, pp 67, 1992).*

Muchas madres fueron ellas mismas víctimas de abuso sexual cuando niñas (Butler, 1985), por lo tanto son sobrevivientes. Si una persona no ha sido protegida cuando niña, es probable que no cuente con las destrezas para cuidar de sus hijas (os). De allí la importancia de crear grupos de apoyo en donde se adquieran esas habilidades, quizás no aprendidas nunca.

Si una madre está enferma o ausente, si no tiene sexo con su esposo, el padre no debe arrogarse el derecho de tomar a su hija para satisfacer sus necesidades sexuales. Algunos hombres han sido socializados para imponer el derecho «de obtener» de las familia todas sus satisfacciones, incluyendo las sexuales, aunque se trate de sus hijas, esto facilita la transgresión del tabú del incesto.

Muchas madres son muy dependientes de sus esposos emocional y psicológicamente. Nuestra cultura patriarcal les ha enseñado que no deben cuidar de sus necesidades, pues esto implicaría abandono de la familia. No tienen derecho a la ambivalencia, a sentirse confusas, enojadas o dolidas.

Según Chodorow, el hogar considerado como el ámbito exclusivo de la madre, la aísla. Su participación en la fuerza laboral no cambia esto, ya que durante todas las horas del día, ella tiene la responsabilidad de sus hijas (os). Al respecto la autora afirma: «*La psicología posfreudiana y la sociolo-*



*gía han propuesto nuevas racionalizaciones que permiten idealizar y reforzar el papel maternal de las mujeres y al mismo tiempo han destacado la importancia crucial de la relación madre-hijo en el desarrollo del niño» (Chodorow pp. 16, 1984).*

Estas posiciones teóricas llevan a las (os) terapeutas a hacer demandas excesivas a las madres.

La revelación del incesto crea en la madre una tragedia. A esta la considero una víctima secundaria y hasta después de un proceso terapéutico será una madre sobreviviente.

## 1. REACCIONES DE LAS MADRES DESPUÉS DE LA REVELACIÓN DEL INCESTO

Elas reaccionan de distintas maneras dado que han tenido distintas circunstancias en sus vidas.

Según Byerly (1985), las reacciones más frecuentes de las madres después de la revelación del incesto son las siguientes:

### 1.1. Anestesia emocional.

No sienten emoción alguna, ni sensaciones físicas. Es como una parálisis emocional.

### 1.2. Alejamiento e incredulidad.

Es un sentimiento de *«que esto no nos pasa a nosotras»*. Una especie de retiro para pensar qué hacer.

### 1.3. Ira.

La ira oscila entre enojo hacia la hija, el esposo y a ella misma por no haber cuidado a su hija. Ira con la persona que interviene en ese momento.

### 1.4. Negación.

Un mecanismo inconsciente, frecuentemente aprovechado por el ofensor, quien le jura y perjura que nada ha pasado.

### **1.5. Culpa.**

La culpa es una reacción que está presente aún en las madres menos protectoras.

### **1.6. Traición.**

Un sentimiento intenso de dolor y traición hacia su esposo y a su hija. Esto la lleva a hacerle a la hija muchos reproches. Hacia el esposo la traición va acompañada de sentimientos de abandono y de intenso cuestionamiento sobre su comportamiento sexual como esposa, lo cual es otra distorsión aprendida de la cultura patriarcal, pues el abuso sexual del padre a la hija no tuvo que ver con la madre.

### **1.7. Minimizar.**

Es un sentimiento que va de la mano con el de negación. Énfasis que muchos profesionales dan al tratar el incesto como un fenómeno de poca gravedad.

### **1.8. Deseos de venganza.**

Estos inicialmente pueden ser fuertes, como matar o encarcelar al perpetrador.

### **1.9. Deseos de protegerlo.**

Sobre todo, si este confesó y parece arrepentido. Estos sentimientos bastante frecuentes deben ser analizados con cuidado para explorar que hay detrás de ellos.

### **1.10. Odio.**

En las madres negadoras y minimizadoras es frecuente encontrar el odio reprimido. A veces, dirigen el sentimiento hacia ellas mismas o hacia su hija.

### **1.11. Repulsión.**

Cuando el ofensor permanece en casa, pretende restablecer el poder y la relación sexual con su esposa, con frecuencia la mujer está inhabilitada

para hacerlo por los recuerdos, vivencias y el dolor. De ahí que su relación con el esposo es muy ambivalente.

### **1.15. Dudas, confusiones.**

Como este es un dilema donde convergen tantos sentimientos encontrados, es importante que a la madre se le proporcione ayuda profesional capacitada.

## **2. CUANDO EL HIJO ES LA VÍCTIMA**

Por temores culturales aprendidos sobre su género los niños tienen más dificultades para hablar de su victimización. Aunque la mayoría de los ofensores de los niños son hombres heterosexuales, se sigue creyendo que son los homosexuales quienes más abusan de ellos. Las madres se identifican con estas falsas ideas y tienden a negar o minimizar el abuso sufrido por su hijo varón a fin de calmar sus temores.

Es importante que las (os) terapeutas o funcionarias (os) encargadas de recibir las denuncias, se informen de que el incesto de los varones es tan serio como el de las niñas. Se debe apoyar de igual manera a una niña como a un niño.

## **3. APOYO PARA LAS MADRES**

Reportar el incesto, aunque suele ser muy amenazante, es una acción para la cual las madres y las niñas (os) deben prepararse recibiendo ayuda en los lugares pertinentes y con los profesionales adecuados (Batres, 1994).

Basada en las experiencias escuchadas a las madres y la expresión de sus sentimientos, siempre les proporcione apoyo, ya sea individual o grupalmente. Este debe analizar y contemplar las siguientes actitudes, conductas y sentimientos:

- Conocer las necesidades de las madres.
- Proporcionarles a alguien con quien puedan hablar.
- Darles asesoramiento sobre su propia victimización.
- Permitirles saber lo que sucedió.
- Afirmarles que no es la primera madre a quien esto le sucede.

- Ayudarles a distanciarse del ofensor.
- Tratarles como una persona.
- Facilitarles la recuperación del control sobre su propia vida y pensamientos.
- Obtenerles información básica para la sobrevivencia.
- Ayudarles a aceptar las experiencias dolorosas y la dinámica abusiva del ofensor.
- Indicarles sus opciones en cuanto a la custodia de la niña (o).
- Darles elementos para que conozcan cómo la víctima y sus otras hijas (os), reaccionan.
- Asegurarles que el abuso no volverá a ocurrir y cuidar para que ello no suceda.
- Ayudarlas a analizar la relación con el agresor.
- Ayudarlas a reconstruir los lazos afectivos con la hija (o).
- Darles elementos para que sepan lo que sucede si la víctima de abuso sexual es su hijo varón.

Considero conveniente incluir el cómo se estructura un grupo de madres de víctimas de incesto. El siguiente modelo lo he construido a partir de las experiencias de las madres y es el que utilizo para el abordaje grupal.

#### 4. GRUPO PARA MADRES DE VÍCTIMAS DE INCESTO

##### PRIMERA ETAPA

Se reconoce por un estado de angustia y dolor y confusión extrema después de la revelación. Las madres se creen incapaces de hacer lo que deben. A esta etapa la denomino «*Apoyo*». El apoyo de la (el) terapeuta en esta primera etapa debe estar caracterizado por:

- Ser muy directivo.
- Muy intenso y además debe ser un contacto casi diario en las dos segundas semanas posteriores a la revelación.
- No ponerlas en situaciones que las obligue a escoger la opción contraria a la de sus hijas (os).
- Proporcionarles información en asuntos prácticos tales como: la denuncia, cuidado de las niñas (os), separación del padre, en los casos de incesto padre/hijo y aspectos financieros.

## SEGUNDA ETAPA

Sus características se manifiestan por el enfrentamiento a sentimientos y defensas. Esta etapa la he llamado «*Buscando los sentimientos*». Son los siguientes aspectos los más relevantes:

- Negación.
- Culpa.
- Frustración.
- Ira.
- Miedos.
- Rechazo de las consecuencias del abuso.

## TERCERA ETAPA

La denomino «*Iniciando la reconstrucción*» y abordo los siguientes aspectos:

- Apoyo mutuo.
- Compartiendo historias comunes.
- Rompiendo el aislamiento afectivo.
- Confrontando expectativas irreales de la sociedad.
- Adquiriendo la conciencia de sus derechos al propio poder.

## CUARTA ETAPA

A esta la denomino: «*Resolución*» y debe incluir lo siguiente:

- Relación madre-hija.
- Defensas constructivas.
- Proyectos de vida.
- Autonomía y sentimientos de poder personal.
- Solidaridad política.
- Despedida del grupo.

Debo reafirmar que es necesario que las (os) terapeutas que intervienen con víctimas y sobrevivientes de incesto y abuso sexual conozcan las condiciones históricas soportadas por las mujeres. Antes de preguntar si las

madres son culpables deben interrogarse: ¿Por qué un hombre, se siente con el derecho de escoger a su hija como objeto sexual?

La victimización de las madres de las sobrevivientes y víctimas de incesto o abuso sexual debe desaparecer para dar cabida a una inmensa comprensión. No olvidemos que ellas no han tenido el mundo ni el entorno cariñoso y equitativo que les permita cuidarse y proteger a sus hijas e hijos.

## APÉNDICE



## TRATAMIENTO PARA SOBREVIVIENTES MASCULINOS

En este apéndice me referiré al tratamiento para sobrevivientes masculinos puesto que la violencia también alcanza a los varones

### 1. LA TERAPIA SENSIBLE AL GÉNERO

Cuando escuchamos del trabajo terapéutico hecho con hombres sobrevivientes de incesto, generalmente no se piensa en el tipo de terapia que desarrollo en este libro y se considera que es un esquema aplicado solo a mujeres. La afirmación anterior no es válida, pues la terapia sensible al género que es la descrita a lo largo de las páginas del presente libro, también está dirigida a los hombres puesto que los involucra. Cada vez más varones, en mi práctica profesional, buscan este tipo de orientación terapéutica, incluso por razones diferentes a los de ser víctimas de incesto o abuso sexual.

El aporte de la terapia sensible al género dirigida a los hombres ha sido precisamente el redefinir los conceptos, ya que al aplicar un modelo andrógino de salud mental esto lleva implícito un cambio esencial en los enfoques terapéuticos con los clientes (Sonking, 1989). Así se enriquecen los métodos terapéuticos convencionales. Me refiero no a técnicas sino a lo que tradicionalmente ha sido considerado como lo sano para mujeres y lo sano para los hombres, es decir, una doble normativa para la salud mental, que es utilizada por algunos enfoques conservadores.

En este libro lo femenino se ha usado para víctima o sobreviviente y lo masculino para ofensor, matices gramaticales del idioma español obligan a esto. Sin embargo, hay suficiente evidencia para determinar que la mayoría de las sobrevivientes de incesto son mujeres y sus victimarios son hombres. Pese a esta premisa comprobada teóricamente y avalada por la práctica, no quiero dejar por fuera del contexto al sobreviviente masculino y a la mujer que comete incesto, porque aunque en menor número, se conocen algunos casos como los documentados en las mismas páginas de este libro.



El tratamiento y las necesidades de los sobrevivientes masculinos es sustantivamente similar al de las mujeres. Surgen variaciones dictadas por el género y la socialización masculina, entre ellas: el manejo del poder, la sexualidad y la victimización.

A nivel subjetivo he encontrado que los hombres sobrevivientes catalogan su experiencia de menos traumática. Considero que esta forma de vivenciar el abuso está relacionado con la cultura patriarcal, la cual ha enseñado a los hombres que un abuso sexual perpetrado por una mujer es una iniciación deseable o pueden ser racionalizaciones para no sentirse como víctimas.

Una diferencia documentada es que, en mayor cantidad, los sobrevivientes hombres suelen reparar la experiencia abusiva incestuosa con abusos sexuales hacia otras (os), aunque ningún estudio da cuenta sobre la proporción de hombres que han sido víctima de abuso sexual, que realmente se convierten en ofensores sexuales (Meiselman, 1990).

Según mi experiencia, sobrevivientes masculinos de incesto han hecho, con alguna frecuencia, víctimas de abuso a niñas o niños, situación que se inicia en la adolescencia. Pero muchos de ellos no siguen el patrón.

Un miedo muy común para explorar en el sobreviviente masculino es que una secuela del abuso, generalmente realizado por hombres heterosexuales (Finkelhor, 1984), puede convertirlo en homosexual.

Lo observado desde mi praxis clínica es que el sobreviviente tiene miedo de no ser tan masculino, sin que esto signifique el tener prácticas homosexuales. Uno de mis clientes fue objeto de abuso sexual por parte de un compañero del colegio de mayor edad que él. Presentaba crisis de pánico acompañadas de temores homosexuales, aunque llevaba una vida heterosexual más bien promiscua. Él había asumido que la experiencia abusiva significaba que era homosexual, además que su respuesta sexual a la manipulación de sus genitales fue entendida como otra prueba de su condición de homosexual.

No existe consenso sobre si el abuso sexual infantil es causa de homosexualidad. He escuchado tantas historias y leído tantos antecedentes distintos con respecto al origen de la homosexualidad, que sobre este tópico inclino la balanza a pensar que la homosexualidad masculina no es una secuela del abuso sexual infantil. Muchos hombres se han sentido atraídos por otros jóvenes antes de ser objeto de abuso sexual, pero si la (el) terapeuta le envía al sobreviviente el mensaje: *«De que la homosexualidad es un mal resultado», es peor que decirles que ellos mismos son malos*» (Meiselman, pp. 256, 1990).

El énfasis de la terapia para sobrevivientes de abuso sexual o incesto debe ser el trauma secundario a la victimización y no la opción sexual del cliente. Y esto vale también para las mujeres sobrevivientes.

En el tratamiento con sobrevivientes masculinos es esencial incluir los aspectos de la socialización para el género masculino, pues esta los afecta en la expresión de sus sentimientos. Manifestar lo que ellos sienten, lo experimentan como una debilidad o se vive como si se estuviera «fuera de control», lo cual se les hace insoportable. En el trabajo terapéutico sobre incesto he insistido en la importancia de la expresión de sentimientos y el ponerse en contacto con ellos (Lew, 1988).

Otro elemento determinante para asumir en esta terapia es el aprendizaje sobre poder y violencia que muchos hombres han internalizado como parte de su identidad. La aceptación de la masculinidad no es solo un proceso de la socialización. Como afirma Kaufman, el hombre «durante su desarrollo psicológico, adopta e interioriza un conjunto de relaciones sociales basadas en el género; la persona formada mediante este proceso de maduración se convierte en la personificación de estas relaciones ya a los cinco o seis años se han establecido en el niño las bases de la masculinidad para toda la vida» (Kaufman, pp. 32, 1989).

Desde este concepto de masculinidad el poder es un elemento consustancial asociado en ocasiones a la violencia creándose un sistema integrado por:

violencia + poder = placer sexual.

## 2. LOS (AS) TERAPEUTAS

Un terapeuta masculino debe, por lo tanto, bregar él mismo con los estereotipos internalizados sobre la masculinidad y proveer un modelo de hombre empático, comprensivo, que no manipula el poder en forma destructiva y respetuoso de las igualdades entre hombres y mujeres.

Una terapeuta femenina proporcionará un modelo «femenino» de hacer terapia, pero este debe ser asertivo, igualitario e independiente.

### 1.1. El poder.

Muchos clientes masculinos, al inicio de la terapia, exhiben una serie de conductas y comentarios verbales con la finalidad de obtener más poder que la terapeuta cuando esta es mujer.

Con los clientes hombres es conveniente que la terapeuta analice el contacto físico y acercarse con cuidado por la manera en que ellos se han socializado para sexualizar los contactos físicos (Finkelhor, 1988).

Debe quedar muy claro que la terapeuta es la persona que está allí compartiendo el poder para ayudar, no para ser intimidada o seducida.

La terapia grupal para sobrevivientes masculinos de incesto es un enfoque apropiado para lograr su recuperación. Y aunque cumple los mismos postulados teóricos que el modelo que presento a lo largo de este libro deben cuidarse los aspectos ligados a su género, al poder, a la expresión de sus sentimientos y a las creencias y actitudes relacionadas con las mujeres.

## BIBLIOGRAFÍA



## BIBLIOGRAFIA

- Alvarenga, Mario. *El Hipnotismo*. San José, Costa Rica: ed. Porvenir, pp. 45, 1996.
- Aguilar, Vera y Solís, Liane. *Incesto y abuso sexual en Costa Rica*. Trabajo final de investigación en la Maestría de Estudios de la Mujer, 1996.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DMS IV) Washington, pp. 249-432-488-654, 1995.
- Azofeifa, Isaac Felipe. *Vigilia en pie de muerte*. De nuevo el Diluvio Credo y Proverbio. San José, Costa Rica, pp. 91, 1989.
- Bass, Ellen y Davis, Laura. *The Courage to Heal*. New York: Harper & Row, Publishers, 1988.
- Batres, G. y Claramunt, C. *La violencia contra la mujer en la familia costarricense*. ILANUD, San José, pp. 71, 1987.
- Batres, Gioconda. *Las mujeres y la salud mental*, Revista Opinión Médica, San José, Costa Rica, 7:1, 1987.
- Batres, Gioconda. (Compiladora). *Madres de víctimas de incesto*, San José, Costa Rica, ILANUD, pp. 67, 1992.
- Batres, Gioconda. *La silla de la verdad*. San José, Costa Rica: ILANUD, 1993.
- Batres, Gioconda. *Tratamiento grupal para sobrevivientes de incesto*. San José, Costa Rica: ILANUD. pp. 1-20-27-110-111, 116-117, 1994.

- Batres, G., León, I. y Alvarado, M. *Manual de capacitación en violencia doméstica para el curso básico policial*. San José, Costa Rica: ILANUD, 1995.
- Batres, Gioconda. Ponencia *Abordaje y tratamiento del incesto*. Congreso Regional Norte de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA), Ciudad de Guatemala, 1995.
- Belenky, M., Clinchy, B., Goldberger, N. et al. *Women's Ways of Knowing*. New York: Basic Book, Publishers, 1986.
- Berger, Peter. *Introducción a la Sociología*. México: ed. Limusa S.A., pp. 136, 1973.
- Berger, P. y Luckmann, T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: ed. Amorrortu, 1968.
- Blume, Sue. *Secret Survivors*. New York: Ballentine Books, 1990.
- Briere, John. *Therapy for Adults Molested as Children*. New York: Springer Publisher Company, pp. 190-191, 1989.
- Bruno, Frank. *Diccionario de términos psicológicos fundamentales*. Buenos Aires, Argentina: ed. Paidós, pp. 263, 1988.
- Burden, D. y Gottlieb, N. Women's Socialization and Feminist Groups. Brody C. (editora). En: *Women's Therapy Groups*. New York: Springer Publishing Co. pp. 25-29, 1987.
- Buttler, Sandra. *Conspiracy of Silence*. California: Volcano Press, Inc. 1985.
- Byerly, Carolyn. *The Mother's Book*. Iowa: Kendall / Hunt Publishing Company, 1985.
- Castilla del Pino, Carlos. *Cuatro ensayos sobre la mujer*. Madrid, España: Alianza Editorial, pp. 35, 1982.
- Chodorow, Nancy. *El ejercicio de la maternidad*. Barcelona, España: Editorial Gedisa, pp. 16, 1984.

- Courtois, Christine. *Healing the Incest Wound*. Washington: W.W. Norton and Company, 1988.
- Courtois, C. y Sprei, J. Retrospective Incest Therapy for Women. Walker Leonore (editora). En: *Handbook on Sexual Abuse of Children Assessment and Treatment Issues*. New York: Springer Publishing, 1988.
- Cover, Jeannette. *Prevalencia del abuso sexual infantil en poblaciones universitarias*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica, 1995.
- Davis, Laura. *The Courage to Heal*. Workbook. New York: Harper and Row, Publisher, 1990.
- Dowling, Colette. *¿Debo seguir así?*, Barcelona, España: Ediciones Grijalba, 1993.
- Ellis, Albert. *Razón y emoción en terapia*. Bilbao, España: ed. Desclée de Brouwer, pp. 39-40, 1980.
- Fedida, Pierre. *Diccionario de psicoanálisis*. Madrid, España: Alianza Editorial, pp. 106, 1988.
- Finkelhor, David. *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*. New York: Free Press, 1984.
- Finkelhor, D. y Browne A. Assessing the Long-term. Impact of Child Sexual Abuse. Handbook on Sexual Abuse. Walker, Leonore (editora). En: *Handbook on Sexual Abuse of Children Assessment and Treatment Issues*. New York: Springer Publishing Co., pp. 66-67, 1988.
- Finkelhor, David. *Abuso sexual al menor*. México D.F., México: Editorial Pax, 1989.
- Finkelhor, David. Efectos a corto y a largo plazo del abuso sexual infantil. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 21, No. 5. New York, 1990.

- Finkelhor D. y Russell D. The Gender Gap Among Perpetrators of Child Sexual Abuse. Russell, D. (editora). En *Sexual Explotation Rape Child Sexual Abuse and Workplace Harassment*. California: Sage Publications Inc. 1984.
- Foucault, Michel. *Historia de la sexualidad*. Madrid, España: Siglo Veintiuno Editores, 1987.
- Freedman, A., Kaplan, H., Sadock, B. et al. *Compendio de psiquiatría*. Barcelona, España: ed. Salvat, 1975.
- Freud, Sigmund. *Estudios sobre la Histeria y otros Ensayos*. Obras Completas. Barcelona, España: ed. Biblioteca Nueva, pp. 43, 1988.
- Freud, Sigmund. *Duelo y melancolía*. Buenos Aires, Argentina: ed. Amorrortu, pp. 242-246, 1979.
- Gil, Eliana. *Treatment of Adult Survivors*. California: Launch Press, 1988.
- Grimberg, León. *Psicoanálisis*. Barcelona, España: ed. Paidós, pp. 138, 1981.
- Gilligan, Carol. *In a Different Voice*. Cambridge: Harvard University Press, 1982.
- Hauser, Úrsula. Psicoanálisis y mujer. *Giros de aspás*, No. 2. San José, Costa Rica, pp. 60-62, 1992.
- Henderson, C., McAllister, J., Shaw B., Keating, S., et al. *Standars for Services to Battered Women and their Children*, The Women's and Children's Treatment Committee. Colorado, 1990.
- Herman, Judith. *Trauma and Recovering*. Estados Unidos: Basic Books Publishers, pp. 35-42-121-136-140-146-196, 1992.
- Herman, Judith. *Conferencia*. Programa de Capacitación contra la Violencia Doméstica. ILANUD, San José, Costa Rica, 1993.
- Hyman, S., Tesar, G. *Manual of Psychiatric Emergencies*. New York, Hyman, S. Tesar, G., (editores), 1994.



- Irigaray, Luce. *Ese sexo que no es uno*. Madrid, España: ed. Saltes, pp. 23, 1977.
- Kaufman, Michael. *Hombres, Placer, poder y cambio*. Santo Domingo, República Dominicana: ed. CIPAF, pp. 32, 1989.
- Kemp, Kristen. et al. *The Differential Diagnosis of Multiple Personality Disorder*. Departamento de Psiquiatría de Akrom, Ohio, 1990.
- Kluft, R. Multiple Personality Disorder in Childhood. En *Psychiatric Clinics of North America*. Vol. 7, pp. 135-148, 1984.
- Leigh Star, Susan. The Politics of Right and Left. Gunew, Sneja (editora). En *Feminist Knowledge*. New York: Routledge, 1991.
- Lerner, Gerda. *La creación del patriarcado*. Barcelona, España: ed. Crítica, pp. 34-36-44-311-317-319-330, 1990.
- Lerner, Harriet. *Women in Therapy*. New York: Harper and Row, Publishers, 1989.
- Lew, Mike. *Victims no Longer: Men Recovering from Incest*. New York: Harper and Row, Publisher, 1988.
- Martin-Baró, Ignacio. *Acción e ideología*. San Salvador, El Salvador: Editorial UCA, pp. 114-120, 1995.
- Mayer, Adele. *Repressed Memories of Sexual Abuse*. Holmes Beach, Florida: Learning Publications, 1995.
- McCann, L., Pearlman, L., Sakheim, D., et al. Assessment and Treatment of the Adult Survivor of Childhood Sexual Abuse within a Schema Framework. Sgroi, Suzanne (editora). En: *Vulnerable Populations*, Vol. 1, Massachusetts: Lexington Books, 1988.
- Meiselman, Karin. *Resolving the Trauma of the Incest*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, pp. 256, 1990.
- Minuchin, S. y Fishman, H. *Técnicas de terapia familiar*. México D.F., México: ed. Paidós, 1987.

- Millett Kate. *Política sexual*. España: ed. Cátedra, Universidad de Valencia, pp.101-109, 1995.
- Mueller, T., León, A. *Recovery, Chronicity, and Levels of Psychopathology in Major Depression*. Keller, M. (editor). The Psychiatric Clinics of North America. Philadelphia: W.B. Saunders Company. 19:1, 1996.
- Prochaska, J. y Norcross J. *Systems of Psychotherapy. A Transtheoretical Analysis*. California: Brooks / Cole Publishing Company, 1994.
- Putnam, Frank. *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. New York: Guilford Press, pp. 53-54-32-53-107, 1989.
- Ramírez, Ronald. *Entrevista*. San José: Costa Rica, 1996.
- Ruiz, L. y Víquez, R. *Diseño e implementación de un programa de capacitación sobre inoculación de estrés para empleados de una empresa privada costarricense*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura. Universidad de Costa Rica, San José: Costa Rica, 1993.
- Russell, Diane. *The Secret Trauma*. New York: Basic Books Publishers, 1986.
- Russell, Diane. The Incidence and Prevalence of Intrafamilial and Extrafamilial Sexual Abuse of Female Children. Walker, Leonore (editora). En: *Handbook on Sexual Abuse of Children Assessment and Treatment Issues*. New York: Springer Publishing, 1988.
- Rush, Florence. *The Best Kept Secret*. New York: Mc Graw-Hill Book Co. 1984.
- Sgroi, S., Bunk, B., Wabrek, C. Children's Sexual Behaviors and their Relationship to Sexual Abuse. En: *Vulnerable Population*. Vol. 1, Massachusetts: Lexington Books, 1988.
- Shader, Richard. *Manual of Psychiatric Therapeutics*. Boston: Little, Brown and Company, 1994.

- Sonkin, D., Durphy M. *Learning to Live Without Violence* . A Handbook for Men. California: Volcano. Press, Inc. 1989.
- Sosa, José Manuel. *Estrés y Somatización*. México: Productores Mundo Médico S.A. s.f.
- Sprei, Judith. Group Treatment of Adult Women Incest Survivors. En: *Women´s Therapy Groups*. New York: Springer Publishing, 1987.
- Summit, Roland. The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome. En: *Child Abuse and Neglect*. Vol. VII, 1983.
- Kolk van der, B. Post-traumatic Therapy and Victims of Violence. *The Biological Response to Psychological Trauma*. New York: Brunner / Mazel, 1988.
- Kolk van der, B. *Psychological Trauma*. Washington D.C.. American Psychiatric Press, 1987.
- Waites, Elizabeth. *Trauma and Survival*. New York: Haddon Craftsmen, pp. 9-11, 1993.
- Walker, Leonore. *Terrifying Love*. New York: Harper and Row, Publishers, 1989.
- Watzlawick, Paul. *¿Es Real la Realidad?*. Barcelona, España: ed. Herder, pp. 7-29-30, 1981.
- Weissman, M., Paykel, E. *The Depressed Woman*. Chicago: The University of Chicago Press, 1974.
- Wolfe, Jeannette. Cognitive-Behavioral Group Therapy for Women. Brody Claire (editora). En: *Women´s Therapy Group*. New York: Springer Publishing Company, Inc., pp. 163, 1987.