

Articulos

Enviado por :

Publicado el : 5/1/2012 20:10:00



Programa Regional de Capacitaci?n en Violencia de G?nero y Trauma

Dra. Gioconda Batres M?ndez

Psiquiatra y Directora

Programa Regional de Capacitaci?n en violencia

de g?nero y trauma del

Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevenci?n del Delito y Tratamiento del Delincuente ILANUD

Buenos Aires, Argentina

La terapia g?nero sensitiva

La base para la terapia g?nero sensitiva se encuentra en el reconocimiento de los efectos da?inos de la sociedad sexista en la que vivimos. La verdadera opresi?n de las mujeres est? basada en el g?nero, as? como en la clase y la raza y estas son las bases para muchos conflictos, como la baja autoestima y la falta de poder reportados por varias mujeres que buscan terapia.

Esta afirmaci?n parece ser compartida por la mayor?a de las terapeutas g?nero sensitivas, por encima de otras diferencias filos?ficas. De hecho, el desarrollo de la terapia g?nero sensitiva se ha desarrollado en parte en la b?squeda de una alternativa a la terapia tradicional, la cual funciona como un mecanismo de control social, preservando el status quo y protegiendo la estructura patriarcal de la sociedad al perpetuar los estereotipos de roles sexuales tanto en su postura te?rica como en su aplicaci?n pr?ctica (Sturdivant, 1980).

La terapia g?nero sensitiva explora con sus pacientes las contradicciones inherentes en los roles sociales prescritos para las mujeres. El modelo m?dico en psiquiatr?a es cuestionado porque este coloca la fuente de conflicto humano dentro de los individuos, esto es, en el vac?o, sin relaci?n con el sistema socio-econ?mico dentro del cual vivimos. Por el contrario, desde esta perspectiva el modelo socioecon?mico en el cual las mujeres crecemos es fuente fundamental de sus aflicciones. (Batres, 1997).

El foco en los conflictos intraps?quicos como la fuente de preocupaciones psicol?gicas, el uso de etiquetas de diagn?stico que connotan enfermedad como mirada ?nica y el autoritarismo de la tradicional relaci?n terap?utica, son opuestos a la terapia g?nero sensitiva. En lugar de esto, las pacientes son ayudadas a entender las fuentes de opresi?n por medio de un cuidadoso an?lisis de los roles sexuales y a acercarse a la filosof?a de las teor?as de g?nero,? para ayudarlas a

conceptualizar alternativas.

Las terapeutas apoyan a las mujeres en una exploración de sus recursos internos y la capacidad de cuidado y autocuración. Incentivan el proceso de proponerse metas individuales y apoyan aquellas metas que trascienden el estereotipo de los roles sexuales. Motivan la exploración de varios estilos de vida y orientaciones sexuales y apoyan la adquisición de destrezas para una vida autodirigida e interdependiente.

Este modelo que es también psicoeducador se centra en las pacientes como aprendices en vez de enfermas y apunta al papel del terapeuta como una facilitadora en el proceso de cambio de la paciente, en lugar de ser alguien que la cura. El proceso de identificar áreas problema, plantear metas, evaluar el desarrollo del tratamiento debe de ser de cooperación entre la terapeuta y la paciente, y ocurre a través de todo el proceso terapéutico.

La terapia género sensitiva se distingue de las terapias tradicionales por su marco de referencia no sexista. Las terapeutas utilizan adecuadas modalidades terapéuticas existentes y desarrollan nuevas técnicas, siempre compatibles con la filosofía subyacente de la terapia género sensitiva.

Esta terapia en tanto no sexista tiene como política el análisis de las diferencias de poder y el uso de herramientas cognitivas entre otras, para apoyar a las mujeres a diferenciar entre fuentes externas e internas de angustia. Se emplean estas técnicas para ayudar a las mujeres a reestructurar sus creencias sobre sí mismas, de las mujeres como grupo, y sus situaciones. Por ejemplo, la depresión y la falta de asertividad pueden ser vistas como un resultado de la falta de poder del rol sexual femenino, en lugar solamente de un déficit personal inherente; la violación es vista como una herramienta de la dominación del hombre sobre la mujer, en lugar de un resultado de la seducción femenina.

Las dificultades en el trabajo pueden ser analizadas como una función del acoso sexual y la discriminación, en lugar de como una inadecuación personal. El lesbianismo es visto como una opción para hacer un compromiso para amar a otra mujer, en lugar de como una expresión de disgusto irresuelto con los hombres. Esta clase de reestructuración cognitiva permite a las mujeres no culparse a sí mismas por ser víctimas (Ryan, 1971).

Las terapeutas género sensitivas trabajan en desmitificar la relación de poder inherente en cualquier situación terapéutica. Hacer esto requiere que la terapeuta sea abierta también sobre sus propios valores y actitudes.

La necesidad de igualdad en la relación terapeuta-paciente generalmente debe ser acordada por las terapeutas por medio de esta verbalización terapéutica, como contestar preguntas, hablar de su postura política frente a asuntos concernientes a las mujeres (Batres, 1997).

Los siguientes pasos pueden ayudar también a establecer relaciones de mayor igualdad:

Renunciar a la posición de que las terapeutas son expertas de sus pacientes.

Informar a las pacientes de sus derechos y privilegios y estimularlas a que hagan preguntas relativas a las actitudes y valores de la terapeuta, cuotas y horarios y la naturaleza de la terapia.

Modelaje por la terapeuta, incluyendo una autodivulgación apropiada.

La idea de la autodivulgación de la terapeuta tiene un significado y es el ayudar a fomentar un sentido de comunidad de la experiencia compartida entre las mujeres en lugar de hacer valer la superioridad de la terapeuta o de satisfacer las propias necesidades de quien conduce la terapia.

Trabajando en terapia género sensitiva con mujeres, estamos incidiendo en la vida de todas las mujeres y contribuyendo con los cambios sociales por la igualdad.

No olvidemos que las terapeutas género sensitivas tienen la responsabilidad de buscar su propia terapia o supervisión profesional cuando esto les ayude a evitar interferir con el proceso de cambio de sus pacientes.

La terapia género sensitiva propone que conjugar pacientes mujeres con terapeutas mujeres es casi siempre la mejor opción terapéutica para las mujeres. Las terapeutas usan tanto las aproximaciones individuales y grupales para hacer esta terapia. En particular, se apoya el valor de un modelo terapéutico grupal.

Esto porque el modelo de grupo permite a la mujer:

- Validar las fortalezas de las demás
- Desarrollar sistemas de apoyo mutuos
- Romper su aislamiento la una de la otra
- Ayudarse las unas a las otras a percibir diversas posibilidades de crecimiento.

Un número de razones subraya la posición de que la terapia más efectiva es llevada a cabo por terapeutas mujeres. Aunque los terapeutas hombres, se adhieran a actitudes y valores igualitarios, estos pueden no ser transmitidos con claridad al trabajar con sus pacientes. Las terapeutas género sensitivas tienen el potencial de modelar roles para sus pacientes, de sentir mayor empatía con las mujeres, por su experiencia compartida de ser mujer, y de evitar la diferencia de poder usual entre el hombre experto y la mujer paciente. Estos factores, aunados al fenómeno de la pasividad femenina en la presencia de hombres, indican que las terapeutas que son género sensitivas pueden hacer más para facilitar el crecimiento de sus pacientes que los terapeutas hombres. Sin embargo, no es excluyente la participación de un hombre cuando él ha trabajado exhaustivamente sus estereotipos sexistas. (Batres, 1997).

La terapia género sensitiva requiere además que una terapeuta:

- Realice una actividad evaluativa de su práctica.
- Haga provisiones en su práctica para atender las pacientes de bajos recursos.
- Examine su estilo de vida y valores en relación con su aproximación terapéutica.
- Se identifique con las metas y filosofía de las teorías de género.
- Examine las implicaciones de su raza, clase y orientación sexual en tanto esto pueda llevar a un desliz terapéutico con sus pacientes. (Rosewater, Walker, 1975).

En su vida privada una terapeuta género sensitiva debería:

Trabajar formas de funcionamiento óptimas, con igualdad, mutuo entendimiento y respeto como las bases para sus relaciones personales.

Estar envuelta en un creciente proceso de toma de conciencia para continuar brindando un desarrollo de la conciencia de género al proceso terapéutico.

Ser una experta en la psicología de la mujer y en la salud mental de las mujeres, participando en la continuación de la educación y en las actividades de supervisión que se centran en el conocimiento del desarrollo femenino y sus necesidades en la salud mental.

Por último, una terapeuta género sensitiva debería comprometerse con los esfuerzos para el cambio social que promueven la igualdad femenina.

TERAPIA CON ADULTAS SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL

A continuación revisaremos la terapia en tres fases, analizando las secuelas postraumáticas y otros cambios psicológicos producto de haber sido desde la infancia víctima de violencia sexual.

Las sobrevivientes por efecto del trauma psicológico pierden sus capacidades básicas para la confianza, la autonomía, la iniciativa, la competencia, la identidad y la intimidad (Herman 1992, Batres, 1997). Por tanto, la recuperación debe atravesar tres etapas para garantizar el proceso y la seguridad de la paciente. Al igual que Herman, he dividido la recuperación en tres fases, que aunque se traslapen entre sí, a pesar de ello su función operativa es de inigualable valor. Esta teorización aparece en el libro de mi autora *Del Ultraje a la Esperanza* y es la columna vertebral de los manuales para tratamiento de adultas, adolescentes, niños y niñas, víctimas de abuso sexual (Batres, 1997, 1998, 2002, 2008).

Las personas traumatizadas presentan una comorbilidad grave y compleja, situación que hay que tomar en cuenta en el tratamiento. Actualmente han surgido nuevas categorías para designarlos como el Trastorno Complejo por estrés postraumático, categorías diagnósticas aún no presentes en el DSM IV R, que en el futuro, apoyarán la comprensión de las secuelas traumáticas del abuso sexual infantil. (Herman, 1992, Van der Kolk, 1996).

El metamodelo más exitosamente usado en la actualidad, del tratamiento del trastorno de estrés postraumático crónico como lo afirmaba anteriormente, involucra tres fases o estadios de tratamiento organizado para dirigir asuntos específicos en formas secuenciales y desarrollar habilidades en un orden relativamente jerárquico.

La funcionalidad de la paciente puede ser reducida temporalmente cuando se tratan temas complejos, por eso es importante también que la terapeuta vigile los signos de dicho déficit atencional y trabaje junto con la paciente para modular las reacciones emocionales y facilitar recursos de apoyo y mecanismos de su seguridad.

Primera etapa: Seguridad hoy

Es la fase usualmente más prolongada de la terapia y la más importante para lograr el éxito, incluye asuntos como la motivación, el consentimiento informado, educación sobre lo que es la psicoterapia y la forma en que participará la paciente.

Si se realiza un buen trabajo creando las bases de la terapia, conseguiremos un mejor proceso en

las fases posteriores.

La seguridad personal y la interpersonal es una condición fundamental para el éxito del tratamiento y hay que tomar tiempo para desarrollarlo. Las sobrevivientes viven en condiciones de vida afectivas y relacionales en caos y con deficiencia para mantenerse protegidas en su relación con otros, además de carencias básicas en como conseguir seguridad personal. Por ejemplo, violencia doméstica, autolesiones, intentos de suicidio, adicciones, toma de riesgos.

Por eso es que es de primer orden en el tratamiento establecer condiciones de seguridad que se extiendan durante todo el proceso. La paciente no debe seguir usando estrategias defensivas antiguas que más bien la hacen más vulnerable para futuras victimizaciones. La terapeuta debe poner el foco de su intervención en estos aspectos proporcionando educación, apoyo y desarrollo de planes de seguridad.

El tratamiento debe proporcionar también a la paciente mejores habilidades para el manejo de síntomas de hiperexcitación, clarificar percepciones y pensamientos, ponerle nombre a las emociones y llevarlo a tomar decisiones que resulten en acciones protectoras como el manejo de pánicos, impulsos peligrosos, disociación, desesperanza y sentimientos de embotamiento asociados al estrés post traumático complejo.

El tratamiento también debe mejorar la capacidad de la paciente para abordar y dominar en vez de evitar los estados internos corporales y acontecimientos externos que disparen reexperiencias intrusivas, estados de embotamiento y disociación.

Revertir la evitación y desarrollar formas activas de experiencias son un reto fundamental de esta fase además de aumentar la conciencia de las formas sutiles y obvias de peligro de la angustia anticipatoria y aprender a utilizar mecanismos seguros para modelar la ansiedad.

La educación de la paciente es un componente integral de la fase uno y es deseable que se inicie inmediatamente. La educación puede desmitificar la psicoterapia, un proceso que puede ser aterrador para la paciente. La educación acerca del trauma, abuso sexual, proceso de la terapia ayuda a las pacientes a entender sus reacciones e incrementa la autocompasión sobre sus comportamientos.

En la fase uno el tratamiento debe introducir un mejor conocimiento del paciente sobre sí mismo y sus capacidades. Hay que apoyar a la paciente a desarrollar una identidad personal más fuerte, sin sentirse abrumada por pensamientos negativos. La vía es la colaboración en el análisis entre la paciente y la terapeuta sobre la autopercepción, valores, emociones, el reconocimiento del pasado y el presente sobre sus recursos personales.

Construir relaciones con otros y crear redes de apoyo es crucial en esta fase. Como sabemos la desconfianza es un importante distintivo en muchos traumas complejos debido a la explotación abusiva infantil y a las relaciones negligentes de sus cuidadores.

La paciente debe ser ayudada a reconocer entender los orígenes de sus patrones vinculares desorganizados en las relaciones y la terapeuta puede modelar vínculos estables y dinámicas sanas en la relación interpersonal.

La guía fundamental a largo de la terapia es conseguir que la sobreviviente obtenga el poder y el control que perdió al ser traumatizada. Así, el objetivo para esta primera fase es iniciar

mecanismos que consoliden la seguridad y ciertos elementos básicos conductuales y afectivos para establecer el manejo del presente.

Las áreas más dañadas tienen que ver con la percepción del cuerpo y sus relaciones íntimas. A menudo sienten que no pueden controlar sus emociones y presentan muchos síntomas, como tristeza, enojo excesivo, negligencia con su cuerpo, disociación (Batres 1997).

En la praxis, el desarrollo de este tipo de habilidades, planes y alianzas terapéuticas interpersonales, puede durar mucho tiempo, pero la idea es ayudar, mediante el análisis, a identificar las distorsiones cognitivas, y enseñarles a manejar sus crisis depresivas, lo que les da mayor capacidad de respuesta a su entorno real.

Consolidar el vínculo con la (el) terapeuta es fundamental para el establecimiento de la seguridad. Este proceso sufre altibajos durante esta fase, por el gran obstáculo que tiene la sobreviviente para confiar en otros seres humanos, por lo que este vínculo deberá tener una fortaleza aceptable antes de que se inicie la discusión del abuso. La alianza ha de tener características muy especiales y basarse en la confianza para permitir que la (el) terapeuta utilice un estilo directivo, sin que eso signifique que haya algún tipo de coerción. También debe tener flexibilidad para lograr una relación horizontal, en lugar de una vertical e intervenir para proteger, sin violar la autonomía (Batres, 1998).

Segunda etapa: recuerdo y duelo

En la fase segunda se inicia explícitamente con la exploración de las memorias traumáticas. La autorreflexión segura, la discusión de las memorias traumáticas y las reacciones asociadas, en una elaboración progresiva y coherente autobiográfica narrada es la principal tarea de la segunda fase.

En esta fase la paciente es animada a reasociar en lugar de disociar emociones, en lugar de desprenderse de trauma, entenderlo y aceptar las emociones.

El dolor y el duelo a menudo son los focos de esta fase, además del tratamiento de la vergüenza y la rabia. Adicionalmente, se debe emprender acciones específicas para resolver cuál va a ser el tipo de relación con sus abusadores, el desarrollo de mecanismos de separación, de reconexión, toma de conciencia, entender sus estrategias interpersonales y manejar su autorregulación. Este es un proceso muy doloroso porque el paciente lo debe realizar a la luz de sus dificultades.

Su mayor esfuerzo debe hacerlo para revisar los mecanismos traumáticos, síntomas hiperactivos, manejo de sus dificultades.

A través del tratamiento, pero especialmente mientras dure el trabajo de procesamiento del trauma, la paciente debe ser apoyada para mantener un adecuado nivel de funcionamiento de acuerdo con su estilo de vida y sus circunstancias.

La terapia no puede sustituir la vida, ni es un vehículo para considerar al paciente como una persona dañada permanentemente, el aprendizaje debe ir dirigido hacia su crecimiento en lugar de generar un sentimiento de discapacidad. Así como a creer en una positiva autoestima y reconocer recursos internos y externos.

Romper la barrera de la amnesia no es la parte más difícil de la reconstrucción de la historia

traumática, sino enfrentar las emociones asociadas y los significados que se les ha dado a esos acontecimientos.

Los estudios sobre memoria traumática (Van der Kolk, 1996) han aclarado sus características y el abordaje terapéutico que requiere. Tras el estudio riguroso de las personas que han sufrido traumas se ha podido determinar que el recuerdo del acontecimiento traumático es capaz de teñir el resto de su vida psíquica. Esta tiranía del pasado interfiere con la mayoría de las capacidades y la persona se concentra selectivamente en buscar recordatorios del trauma. El acontecimiento traumático se constituye en una idea fija que no puede eliminarse, ya que no se ha transferido a la memoria narrativa. Por ello esta idea continúa apareciendo de diversas formas, como memorias intrusivas de la infancia, percepciones aterradoras, preocupaciones obsesivas y experiencias somáticas intensas. (van der Kolk 1996).

Paradójicamente las defensas adaptativas de la infancia se convierten ahora en grandes obstáculos, entre ellos los estados disociativos, la identidad fragmentada, un sentido doble del yo, y culpa extrema. En este período también deben ser analizados y reconstruidos los pensamientos asociados al abuso sexual, por lo que se rompen viejos patrones de silencio y secreto. En esta segunda fase, la sobreviviente verbaliza lo que permaneció en imágenes, sueños, recuerdos intrusivos y sensaciones corporales.

La (el) terapeuta también deben investigar la historia antes del abuso. Debe tratar de discernir el significado de la revelación y discutir los mensajes de la niñez y las creencias sobre abandonar el secreto, con el fin de anticipar las posibles reacciones.

La sobreviviente empero, necesita la seguridad de que sus experiencias recibirán validación y no serán ignoradas. Por eso, la (el) terapeuta debe comprender la sintomatología dentro del contexto del abuso, como mecanismo de acomodo y de sobrevivencia.

La forma de reconstruir el trauma puede ser verbal o escrita, además de que la exploración de los sentimientos asociados a los recuerdos y el relato de los hechos resultan indispensables durante el proceso. La sobreviviente necesita relatar con detalle el abuso y para ello, la (el) terapeuta la ayudará a darle dimensión temporal a su experiencia porque la sobreviviente está sintiéndose como cuando era niña.

Además, la (el) profesional debe estar muy alerta ante pensamientos suicidas o repliegues protectores. (Batres, 1998)

También, es conveniente indagar sobre el sistema de valores que le enseñó el abusador y el abuso sexual. Aquí la (el) terapeuta debe suministrar el contexto cognitivo, emocional y moral, y facilitarle una nueva versión de los eventos que le permita encontrar la dignidad. Recuerdese que la verdad expresada restaura y faculta a la sobreviviente para reconocerse como digna al compartir esta denuncia testimonial.

Asimismo, el profundo significado de la sanación mediante la palabra, es 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.

Dado que las sobrevivientes han estado sometidas a abusos crónicos, en ocasiones desarrollan una cantidad de síntomas somáticos los cuales pueden exacerbarse en este período. Por tanto, la

medicaci?n (antidepresivos y ansiol?ticos) puede ser ?til en este momento.

Esta fase suele transcurrir lentamente porque enfrentarse a los recuerdos fragmentados y al dolor produce muchas resistencias y una sensaci?n de humillaci?n.

Otras veces la sobreviviente intenta sustituir el enojo por el perd?n. Simb?licamente esta es un deseo para exorcizar el trauma y adquirir poder, pero parad?jicamente, las compensaciones se dan cuando las sobrevivientes aceptan el da?o y el dolor, y no necesitan reparaci?n alguna por parte de sus perpetradores. Mientras exista este anhelo de victoria, el trauma seguir? ganando terreno. (Herman, 1992)

La finalizaci?n de esta fase se puede medir cuando la sobreviviente dirige su mirada hacia el futuro, el dolor no ocupa toda su vida, las pesadillas traum?ticas desaparecen, se regula el sue?o, los sentimientos de placer emergen y los v?nculos se disfrutan.

Tercera etapa: reintegraci?n y revaloraci?n

La fase tres es la culminaci?n del trabajo previo y un tiempo extraordinario para crecer en estos pacientes quienes nunca han tenido la oportunidad pra tener una vida dentro de los par?metros de lo normal.

La fase tres es un tiempo en donde las disfuncionalidades y la patolog?a est?n en el pasado y la paciente se puede ir? moviendo hacia delante con sus habilidades adquiridas en relaci?n a la autoregulaci?n. (Courtois, Ford, Cloitre 2009).

Las tres etapas por las que transitan las sobrevivientes de abuso sexual, no se cumplen con rigidez esquem?tica. Se entrecruzan, reaparecen y desaparecen procesos durante las tres fases. Por ende, el ?nfasis de esta fase es el desarrollo del deseo y la iniciativa, el cambio de valores, el resurgimiento de la alegr?a y del fortalecimiento de la conexi?n con los dem?s. (Herman 1992)

En esta fase las sobrevivientes tienen menos culpa y verg?enza y valoran sus fortalezas. Asumen con m?s claridad que la responsabilidad del abuso fue del perpetrador, cuestionan los valores distorsionados que aprendieron de los abusadores y construyen un sistema de valores personal, basado no en el odio sino en la sabidur?a que implica procesar el sufrimiento.

El pasado ha quedado atr?s; ha dejado profundas huellas pero ya no ocupa todo su presente. La sexualidad vuelve a ser examinada pero exenta de distorsiones. Ahora la autonom?a es un tema central.

Algunas sobrevivientes, seriamente da?adas por el abuso sexual requieren de procesos terap?uticos m?s prolongados e individualizados. La terapia individual respetando la misma filosof?a de la terapia g?nero sensitiva, puede ser una indicaci?n para apoyar a las sobrevivientes en su fortalecimiento personal.? (Batres, 1998)

Consideraciones finales

Despu?s de m?s de veinte a?os investigando y creando modelos de atenci?n para v?ctimas de violencia sexual, en la mayor?a de pa?ses de Am?rica Latina, he reconocido que este tipo de enfoque ha demostrado ser exitoso en el abordaje de la problem?tica.?

Los manuales propuestos, que contienen teor?a y pr?ctica del tratamiento, se utilizan en diferentes instituciones especializadas en el abordaje de v?ctimas, as? como en el ?mbito privado.? Esta teor?a la he impartido a una infinidad de profesionales en Am?rica Latina, quienes tambi?n han aportado particularidades propias de cada pa?s sin variar la metodolog?a y filosof?a del abordaje.

Una gran cantidad de literatura proveniente de Norteam?rica reafirma este acercamiento terap?utico como uno de los m?s exitosos para sanar las secuelas del abuso y del trauma secundario al mismo (Courtois, 2009, Batres 2008). El trauma generado por la victimizaci?n, como bien lo dice la Dra. Herman en el pr?logo del libro de Courtois, est? siempre incluido en una estructura social que permite el abuso, la explotaci?n y la subordinaci?n.? Este tipo de trauma es siempre relacional y se genera cuando una v?ctima se encuentra en un estadio de sometimiento? y control.? Y esto lo entendemos bien quienes nos acercamos a curar sin olvidarnos del contexto patriarcal.

BIBLIOGRAF?A

Batres, Gioconda. (1998). Tratamiento grupal: Adultas y adolescentes sobrevivientes de incesto y Abuso Sexual. Manual para Terapeutas.? San Jos?: ILANUD. Programa Regional de Capacitaci?n contra la Violencia Dom?stica.

Batres, Gioconda. (1997). Del ultraje a la esperanza. Tratamiento de las secuelas del incesto. San Jos?: ILANUD. Programa Regional de Capacitaci?n contra la Violencia Dom?stica.

BATRES, Gioconda.? (2008). Disociaci?n y Abuso Sexual. Curso: Trauma y Disociaci?n.? San Jos?, Costa Rica. ILANUD.

Batres, G, Recinos, S. Dumani, I. (2002) Violencia de G?nero, Derechos Humanos e Intervenci?n Policial. ILANUD-Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas

Courtois, Christine; Ford Julian; (2009). Treating Complex Traumatic Stress Disorders. (ed) New York.? The Guilford Press.

Courtois, C.Ford, J; Cloitre, M., (2009). Best practices in psychotherapy for adults, en Courtois, A; Ford, J; (editors). Treating complex traumatic stress disorders. New York: The Guilford Press.

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

Echebur?a, E; y Guerricaechevarria, C; (2002) Concepto, Factores de Riesgo y Efectos Psicopatol?gicos en Sanmart?n, Jos?, (editor). Violencia contra los ni?os. Barcelona: Centro Reina Sof?a para el Estudio de la Violencia. 2da edici?n.

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

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

Ryan, W. (1971). Blaming the victim. New York: Random House.

Rosewater, L., Walker, L., (editores). (1985). Handbook of feminist therapy. Women's issues in Psychotherapy. New York: Springer Publishing.

Sturdivant, S. (1980). Therapy with women. A feminist philosophy of treatment. New York: Springer.

Van der Kolk, B. A., Van der Hart O., Marmar C. R., Van der Kolk B. A., McFarlane A., C., Weisaeth L., (editores). (1996). Dissociation and information processing in post traumatic stress disorder. Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society. New York: Guilford Press.