





**TRATAMIENTO PARA ADOLESCENTES  
VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL**

**GIOCONDA BATRES MÉNDEZ**



## PRÓLOGO

Ser pionera, es un título que no se ostenta fácilmente, sin embargo Gioconda Batres lo llena con creces. No es sencillo intuir, reflexionar, estudiar con vehemencia para luego construir.

Este es un aporte que casi completa la decena en la prolífica producción que Gioconda nos ha ofrecido a lo largo de 20 años.

Luego de haber sido su alumna, consultora y de haber tenido el honor de compartir la docencia con quien por mucho considero mi maestra, he podido constatar, que esta herramienta no tiene parangón en la región latinoamericana. Veinte años han pasado y Gioconda sigue siendo quien aborda con precisión y claridad la temática del abuso sexual.

Este es el cuarto aporte que nos ofrece en la materia y en esta oportunidad hace énfasis en el tratamiento del abuso sexual con adolescentes. La riqueza del contenido obedece a varios factores; es una herramienta de trabajo efectivo en un tema tan complejo como lo es el abuso sexual, contiene en su marco teórico y práctico los aportes de profesionales de la psicología a lo largo de América Latina, es fiel al marco teórico feminista que la autora ha propuesto desde el inicio de su carrera en la materia y hoy además responde una realidad de carácter pandémico.

Uno de los elementos medulares de este material, es la naturalidad con que Batres ensambla los elementos de la terapia para sobrevivientes de abuso sexual. El proceso fluye en sus páginas, tal y como fluye en la terapia grupal.

Por más de quince años he acompañado a Gioconda y he sido testigo de la incredulidad de profesionales cuando se enfrentan a la epistemología que subyace a la comprensión del abuso sexual, por lo que reconozco la labor que implicó a la autora, ser fiel y precisa al modelo trifásico, impregnar de género cada una de las etapas y asegurarse que las secuelas del estrés

postraumático, altamente reportado en este tipo de violencia, se aborde en forma transversal.

La primera vez que tuve acceso a la literatura escrita por Gioconda hubo algo que impactó dentro de mí y que sólo mis posteriores estudios en género pudieron ponerle un nombre. Era clara, sencilla: se le podía entender. Para entonces yo no podía nombrar, pero sí sentir que la literatura frecuente de gente erudita se caracterizaba por su inaccesibilidad en el lenguaje y en las ideas, postura que me alejaba del escritor. Cuando leí a Gioconda, entendí, comprendí, me sentí invitada a reflexionar sobre sus propuestas e inicié el compromiso que sostengo.

Y que no se confunda sencillo con simple. Precisamente la capacidad de poner en palabras sencillas lo complejo es para mí entender un ejercicio de igualdad que la autora se empeña en transmitir en cada una de sus letras.

Esta obra, una vez más, da muestra que la erudición y la precisión académica se pueden transmitir en forma sencilla, horizontal, feminista.

No dudo que esta nueva publicación obedece a la necesidad que Gioconda intuye en Latinoamérica, su compromiso con todas las víctimas, y ésta en particular con la necesidad de procurar a profesionales de la salud, contar con herramientas eficaces para atender a esta población altamente vulnerable.

Aunque el material está dirigido a profesionales de la psicología, no dudo que otras disciplinas encontrarán en él un referente para la comprensión de la materia.

El manual transita con claridad por la terapia trifásica. Inicia con el desarrollo de la confianza, bastión del proceso para poder acceder con seguridad al recuerdo y duelo, que nos ofrecerá las herramientas para abordar los secretos jamás contados, los vejámenes innombrables pero que serán acompañados de procesos seguros para su abordaje y de más herramientas para transitar hacia el contacto con viejos dolores. Seguirá la reconexión que no sólo es el corolario de un pro-

ceso que confirma la potencia de la terapia grupal, dado que ahora ya es posible colocar el dolor en el lugar donde debe estar, en el pasado, sino además abre la ventana del futuro a seres que en su mayoría no podían siquiera imaginarlo.

El que Gioconda publique, una vez más, material que brinda herramientas terapéuticas grupales, es muestra de su clara defensa de este método, como terapia por excelencia para sobrevivientes de abuso sexual, dados los valiosos beneficios de este modelo igualitario y sanador para personas que han estado sometidas al abuso de poder. La terapia grupal será una herramienta para potenciar la igualdad, solidaridad, y la necesaria desestigmatización que les devuelve a las sobrevivientes el sentido de humanidad.

Luego del trabajo desarrollado en muchos países de América Latina y constatar la acogida de los manuales que preceden a este no puedo más que recomendar su lectura y uso.

Si su trabajo es con adolescentes sobrevivientes de abuso sexual, permítame decirle que tiene en sus manos la herramienta por excelencia. Le recomiendo lo mismo que aprendí de la autora y sigo procurando practicar: condúzcase con humildad por la propuesta, y conforme se apropie del espíritu que este trabajo conlleva, modifique los ejercicios e intervenciones a las particularidades de la población que atiende. Siempre rescato con mis alumnas el delicado balance entre crear y hacerse guiar.

Puede fiarse que el instrumento recoge de manera fiel la terapia trifásica con perspectiva de género y el abordaje del trauma de manera transversal.

Aprecio que Gioconda me haya dado el privilegio de prologar esta obra, de la que además me siento muy cercana después de validar su contenido y efectividad con muchas adolescentes que tuve el honor de acompañar.

Veinticinco años de trabajo ininterrumpido de la materia quedan bien representados en los aportes de esta obra y está inspirado en el profundo compromiso de Gioconda Batres en

ofrecer herramientas efectivas y prácticas para un vejamen dan-tesco, plagado de injusticias y silencios a los que esta herra-mienta traerá sin duda un nuevo amanecer.

*MSc. Sonia Ivonne Recinos del Cid*



## INTRODUCCIÓN

Según Naciones Unidas, casi la mitad de la población mundial, unos 3000 millones, es menor a 25 años y de ellos, unos 1300 millones se encuentran en los países en desarrollo y más de 500 millones son niñas adolescentes. (UNICEF, 2016)

No es casual que en la última década los organismos internacionales hayan volteado a ver a esta población con grandes vulnerabilidades en materia de educación, salud, oportunidades, migración, entre otras.

Por estas y otras razones, no es casual que esta nueva publicación he decidido dedicarla al abordaje en psicoterapia para adolescentes que vivido abuso sexual y violación.

El modelo terapéutico no es un proceso que se haya escogido al azar, sino que responde a los actuales requerimientos para la psicoterapia especializada de adolescentes que han experimentado abuso sexual.

Este abordaje tiene como piedra angular el género, así como las secuelas en las personas traumatizadas por la violencia sexual, su énfasis y su estructura es la división de la terapia en tres fases, modalidad propuesta desde Pierre Janet,(1889) utilizado hasta la actualidad con variadas modificaciones que no cambian su esencia sino facilitan su abordaje con esta población.

En la elaboración de este libro colaboraron amigas y compañeras de trabajo. Experiencia nueva y enriquecedora ha sido contar con el apoyo de la Editorial Perro Azul y sus integrantes. Cada uno de mis anteriores libros han sido escritos y producidos en el marco del Programa Violencia de Género y Trauma del Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y tratamiento del Delincuente (ILANUD), con apoyo financiero de la cooperación internacional, éste no tuvo esa fortuna pero sí el de quienes creen en la necesidad de la herramienta y aportaron los fondos para poder concluir este apreciado esfuerzo que estaba en el tintero desde hace algunos años.

Mi objetivo principal es contribuir con la honrosa tarea de sanar las cercenadas vidas de quienes han vivido abuso sexual y ofrecerles una nueva oportunidad más allá de dolor y desesperanza que este crimen de poder les provocó y es también otro grito de alerta a las personas que hacen terapia, para que utilicen este tipo de modalidad terapéutica, que les permite hacer su trabajo con la mayor seguridad posible y que ha sido valorizado y enriquecido por terapeutas de la altura de Judith Herman (1997).

Este tratamiento, también ha sido probado por muchos años durante mis capacitaciones en América Latina con gran éxito. Merecía el tema que se escribiera como un manual completo, dado que antes fue un anexo en el Manual para adultas abusadas sexualmente.

La metodología y filosofía de trabajo es similar a mis anteriores propuestas terapéuticas sin embargo en vista de que profesionales en entrenamiento me han sugerido a lo largo de los años en la constante aplicación del manual, utilizar más herramientas lúdicas interesantes y asertivas, surge la idea de que a lo indicado en el Manual, las personas expertas en el tema se sientan en la libertad de sumar a las sesiones algunas herramientas terapéuticas, siempre y cuando no alteren la secuencia de la sesiones, técnicas y los objetivos de las mismas.

Quiero expresar mi aprecio a todas mis colaboradoras, a las personas que asistieron a nuestras capacitaciones que aportaron sabiduría a esta experiencia. A mi compañera consultora, la Maestra Sonia Recinos del Cid, quien ha enriquecido el área de neurociencia y clínica, lo que se ve reflejado en este Manual. Al Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y tratamiento del Delincuente (ILANUD) por ser mi acompañante tantos años, especialmente a su Director Elías Carranza. Y como siempre, a los y las sobrevivientes que pasaron estos procesos terapéuticos y encontraron integración, luz y alegría al final del túnel.

*Dra. Gioconda Batres Méndez*  
Directora Programa Violencia de Género y Trauma  
ILANUD

## APROXIMACIÓN TEÓRICA ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE INCESTO Y ABUSO SEXUAL

La prevalencia del incesto, el abuso sexual y la violación de la población adolescente latinoamericana constituye una gran preocupación para quienes trabajamos en el campo de la salud mental.

Estudios (Batres; 1998. Herman; 1992) evidencian que la exposición de las adolescentes a los efectos devastadores del incesto afectan su desarrollo al trastornar sus expectativas sobre el mundo y sobre los demás, alterando con ello su sentido de integración personal. También intervienen en su relación con sus padres, familia, escuela, amigos/as y pareja.

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

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

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

Aflicción es un término que he encontrado adecuado para estos casos; al interpretar el conjunto de síntomas tanto

**Nota: Para facilitar la lectura se utilizará el femenino en adolescentes, pero incluye a los adolescentes masculinos.**

somáticos como psicológicos que surgen a consecuencia del incesto y de otros abusos sexuales.

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

A manera de ejemplo, una sobreviviente me contaba que su mejor regalo después de que el abuso finalizó había sido: “ganar la noche”. Al irse ella de su casa, por primera vez pudo dormir sin tener que observar la luz en el cuarto del padre. En la cotidianidad cuando ésta se apagaba, ella empezaba a sentir terror al oír los pasos de él que se acercaba, noche a noche, para abusar de ella.

En esa familia con experiencias profundamente patológicas, de la cual la adolescente depende, la disociación es un mecanismo de adaptación psicológica que acompaña frecuentemente a la víctima.

Según Judith Herman (1992) las formas más importantes de adaptación son la elaboración de defensas disociativas, el desarrollo de una identidad fragmentada y la regulación patológica de los estados emocionales.

El tratamiento de las adolescentes que han sido víctimas de incesto y de abuso sexual se desenvuelve a través de tres etapas. La tarea de la primera etapa, la seguridad, se convierte en una meta primordial en el tratamiento de las adolescentes. La protección inmediata de la adolescente exige una intervención rápida para que el abuso no siga ocurriendo (Courtois; 1988).

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

Estos componentes antes citados se traslapan en el trabajo clínico y su utilización es de gran ayuda en la conceptualización de la intervención terapéutica.

## OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

En “Del Ultraje a la Esperanza” (Batres; 1997; 120-122) puntalicé en los principales objetivos para el tratamiento de la agresión sexual en adolescentes; dada la relevancia de los mismos, los reproduzco a continuación:

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

Aunado a esta lista de objetivos del tratamiento es necesario considerar las fases de desarrollo que estén atravesando las adolescentes y adaptarse a estas. Dado que la terapia exige algunas habilidades cognoscitivas y elaboración de material, recomiendo técnicas de juego que facilitan el desarrollo del proceso.

Para decidir si una adolescente victimizada tiene un perfil adecuado para ingresar al grupo de tratamiento antes expuesto, debe ser entrevistada previamente, seleccionada y

preparada. Algunas de ellas necesitarán solamente pasar por un grupo como el que aquí describo, otras requerirán un proceso individual posterior más prolongado que preceda al grupal.

Desde mi conocimiento personal, después de trabajar con adolescentes víctimas, y con el respaldo teórico de Courtois (1988), he considerado una serie de factores de riesgo que agravarán el pronóstico a mediano o largo plazo. Estos tienen que ver con los siguientes eventos:

- Cuando el abuso se inició tempranamente y estuvo acompañado de actos sádicos.
- Cuando existieron amenazas de muerte o actos ritualistas.
- Cuando el abuso duró muchos años y hubo varios perpetradores.
- Cuando la familia no apoya ni cree a la víctima.
- Cuando el padre o hermano abusador permanece en el hogar, o cuando el abusador, ya sea un tío, primo u otro pariente es tratado como si no hubiese pasado nada y continúa relacionándose con la familia.

## SECUELAS

Los traumas observados en las adolescentes (Batres; 1998), suelen tomar características más notorias y extremas dado que tienen grandes necesidades de independencia y han sido sometidas a la rígida autoridad del padre, en los casos de incesto padre/hija, o provienen de hogares con autoridad muy vertical. El abuso y la violación son por sí mismos situaciones constrictivas que coartan su libertad. Se observa en este período muchas conductas autodestructivas y socialmente señaladas, como la promiscuidad, el abuso de sustancias, los intentos de suicidio, las fugas del hogar y el enojo

explosivo con la madre; estas conductas están generalmente acompañadas de mecanismos de negación. La adolescente con frecuencia dice no encontrar “nada malo en lo que hace”, ella solo está “siendo libre”.

Las secuelas más visibles entre las adolescentes son la depresión y los intentos suicidas, casos por los que son llevadas a terapia. A manera de ejemplo expongo el siguiente caso:

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

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

La disociación es un proceso mental que inhibe el vínculo que la persona establece con sus pensamientos, sentimientos y acciones, es decir, con su sentido de identidad.

Durante el período en el cual la persona está disociada, cierta información no se enlaza con otra, como normalmente ocurriría. Por ejemplo, durante la experiencia traumática, la

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

Existe un porcentaje alto de adolescentes, víctimas de abuso, que son alumnas perfectas. Otras, por el contrario, se muestran distraídas, olvidan los contenidos de las clases y tienen pocos deseos de estudiar, con los consecuentes problemas escolares que este tipo de actitud conlleva.

Las pesadillas traumáticas, los recuerdos intrusivos son secuelas frecuentes en las víctimas de abuso, obstaculizan el rendimiento escolar.

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

## CASO

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



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

## INDEPENDENCIA EMOCIONAL

En el tratamiento con las adolescentes debe manejarse con mucho respeto su necesidad de independencia emocional.

Algunas de ellas muestran un claro rechazo a la autoridad, pero gran necesidad de amistad; razón por la cual el grupo es el espacio más adecuado para una aproximación con la terapeuta, en un ambiente que le proporcione la posibilidad de establecer amigas/os y compartir con iguales, sin estar en un binomio terapeuta-paciente, que le puede resultar amenazador.

La separación de límites con padres, tarea vital en la adolescencia, debe ser reconocida y apoyada en la terapia con adolescentes y, sin duda, tiene su impacto en la terapia con adolescentes víctimas.

Es usual que experimenten un proceso de aproximación y rechazo hacia la terapeuta que se acentúa en las terapias a largo plazo; por lo que la modalidad a corto plazo podría ser de mayor aceptación para la adolescente, que en ocasiones “toma sus vacaciones de la terapia” para regresar en otros periodos de su vida, donde resurgen los conflictos, como me lo ha mostrado mi práctica clínica.

### CASO

*Silvia fue mi primera cliente adolescente y llegó a la consulta privada de forma individual para formar parte, posteriormente, del primer grupo de adolescentes que integré en 1990. Había sido victimizada desde los cuatro años de edad por su padre, acudió con su madre, Teresa. Silvia permaneció en este grupo, aún poco estructurado, hasta su finalización. Tiempo después, ante la aparición de nuevos síntomas como fue la “anorexia nerviosa”, regresó a otro grupo con mayor estructura y la anorexia cedió al fi-*

*nal del proceso grupal. Cuando el grupo fue cerrado, siguió un corto tiempo en terapia individual. Actualmente no asiste a terapia y ya no es una adolescente, tiene un buen nivel de vida, está casada y tiene una hija. “Los traumas quedaron atrás”; me ha dicho por teléfono cuando la llamo ocasionalmente.*

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

Por otro lado, la estructura grupal proporciona un continente que reduce la ansiedad y permite hablar sobre el incesto (Courtois; 1988).

Las técnicas de juego como dramatizaciones, elaboración de historias, pintura, dibujo, etc. son muy útiles y, cualquier otra instancia lúdica creada o puesta en práctica por la terapeuta, en tanto propicie la creatividad, será beneficiosa en la terapia con adolescentes.

La educación sexual es un área indispensable para incluir en la terapia con adolescentes. Tal y como menciono en el “Manual para Terapeutas” (Batres, 1998), las adolescentes en general, y las víctimas de abuso en particular, no saben mucho sobre sexualidad y tienen ideas distorsionadas acerca de ésta, muchas impuestas por sus abusadores. Incluso puede darse el caso de que las mismas estén abusando sexualmente de otros niños y niñas, asunto que siempre debe ser explorado y abordado.

Las adolescentes tienen muchas preguntas sobre la sexualidad y también distorsiones cognoscitivas que provienen de la cultura de grupo, generadas a través de mitos transmitidos.

Las adolescentes victimizadas, al haber estado sometidas a manipulaciones de todo tipo por parte de sus ofensores sufren “alteraciones cognoscitivas y emocionales hacia el mundo, traumas que distorsionan el concepto sobre sí mismas de su valor, de la visión del mundo, de sus capacidades afectivas” (Batres; 1998). Muchas de estas distorsiones se dan en el área de la sexualidad. Finkelhor y Browne (1988) han denominado este fenómeno como: “sexualización traumática” ya que se encuentra vinculado a la forma errónea y dolorosa en que la adolescente aprendió sobre la sexualidad.

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

Esta es una de las razones por las que algunas sesiones de este manual están diseñadas también para ayudarlas a establecer sus propios límites, identificar las relaciones emocionales abusivas y construir relaciones constructivas con amigos/as.

Las relaciones con compañeros/as se hacen más importantes en la adolescencia. Al igual que Berman, (1994) sostengo la teoría de que las jóvenes víctimas de abuso muchas veces han vivido muy aisladas, dado que sus sentimientos de estigmatización o la autoridad del padre las ha mantenido solitarias y pueden haber tenido dificultades para tener buenas relaciones con sus compañeros/as (Batres; 1998). En algunos casos no pueden establecer relaciones sin asociarlas al sexo, como resultado de su proceso de sexualización traumática, lo que las convierte ocasionalmente en blanco sexual de sus compañeros/as o amigos/as.

Berman (1994) es enfático en que los cambios físicos que ocurren en la pubertad, la imagen corporal y los sen-

timientos sexuales y las relaciones con los muchachos son temas muy importantes para adolescentes victimizadas. Los peligros cibernéticos actuales son temas a discutir también.

Consecuentemente a la hora de desarrollar los ejercicios del manual es importante tomar en cuenta la historia sexual de las adolescentes y su desarrollo físico y emocional. A veces hay que hacerlo en sesiones individuales si las adolescentes desean tocar otros aspectos como orientación sexual y no desean discutirlo en el grupo.

Es importante enfatizar en que la terapeuta debe estar libre de prejuicios de género y haber trabajado su sexualidad para estar así mejor preparada a la hora de abordar estos temas.

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

## **EVALUACIÓN**

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

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

A partir de relecturas de Crowder y Myers (1993) en “Manual para Terapeutas” (Batres; 1998; 128) formulé algunos indicadores de cambio de comportamiento, además de los apuntados en el presente manual.

- Que la adolescente sea capaz de decir no a los acercamientos sexuales no deseados.
- Que haya desarrollado mecanismos de seguridad y autoprotección satisfactorios.
- Haber construido un sistema de apoyo, además del obtenido en la terapia, que incluye amigos/as, familiares o personas en contacto cercano con ella.
- Haber desarrollado conciencia sobre sus capacidades y fortalezas.
- Tener claro que la responsabilidad del abuso recae totalmente en la persona que lo cometió.
- Tener un profundo sentimiento de esperanza y futuro.

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

## **TRATAMIENTO PARA ADOLESCENTES SOBREVIVIENTES DE LA VIOLENCIA SEXUAL**

En este Manual propongo una terapia especializada, con perspectiva de género y de derechos humanos cuyo proceso terapéutico se desarrolla en tres etapas. (Herman, 1992; Baires, 1997). Para obtener mejores resultados se debe conjugar teoría, práctica y destrezas terapéuticas.

Es recomendable que quien quiera formarse en el tratamiento de sobrevivientes, tome un curso especializado sobre género y trauma, con los contenidos adecuados para este propósito. He desarrollado una especialidad en donde se contempla un plan de estudio, con teoría y práctica que permite al o la estudiante dar terapia con conocimiento y pericia.

A continuación algunos conceptos básicos sobre las personas terapeutas y sus funciones y actitudes; así como la filosofía de la terapia y las particularidades de las/los adolescentes sobrevivientes.

### **El papel del o la terapeuta**

1. Haber recibido entrenamiento en la perspectiva de género y saber aplicarlo en el tratamiento.
2. Haber trabajado el tema del poder.
3. Saber lidiar con su dolor.
4. Conocer los límites y reglas que protegen a las sobrevivientes durante la relación grupal o individual.
5. Aceptar que el abuso sexual es un delito.
6. Comprender y reconocer que no mienten y no podían protegerse por sí mismas/os, por cuestiones de edad o vulnerabilidad, de dependencia.
7. Reconocer que la terapia de familia o de pareja no es un enfoque apropiado en estas fases del proceso terapéutico.

8. Admitir la validez del trabajo en grupo.
9. Sentir comodidad al tratar aspectos de la socialización y discriminación.
10. Aceptar que sus valores y normas pueden ser comunicados al (la) paciente (a).

Además, debe ser responsable por explorar sus valores y reconocerse como persona socializada en un mundo sexista, cuya transformación es un compromiso como terapeuta.

Es necesaria también una gran sensibilidad hacia la discriminación experimentada por los (las) niños (as), los (las) ancianos (as), los (as) pobres, (los) discapacitados (as), los grupos étnicos y raciales y por las personas con diversidad sexual.

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

Para ello, se debe estar dispuesto (a) 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 que surgen son de gran fuerza, por la complejidad de los hechos, los dilemas inherentes al abuso sexual y las dramáticas oscilaciones emocionales y conductuales sufridas por las sobrevivientes durante las sesiones de trabajo.

Es importante aclarar que las terapias pueden ser grupales o individuales. Las técnicas grupales pueden aplicarse también en la terapia individual, lo importante es conservar el marco teórico de la terapia género sensitiva en tres fases.

Cuando se trabaja como terapeuta de víctimas de abuso sexual, hay que disponerse a escuchar sobre grandes dolores, necesidades, enojos y desesperaciones. Pero además, se debe luchar contra ambivalencias y dependencias hacia ofensores,



escuchar secretos muy ocultos, placer sexual derivado de la relación sexual o placeres psicológicos sintomáticos producidos por la posición en que colocan los ofensores a las niñas y niños. La (el) terapeuta escuchará sobre actos atroces y esto le involucra como testigo, lo cual le enfrenta a una clara visión de la gran injusticia y soledad vivida por las sobrevivientes. En otras palabras, la (el) terapeuta adquiere tarde o temprano un compromiso moral (Herman, 1992).

De igual modo, la (el) terapeuta debe ser una testigo incondicional, pero no indulgente; nutriente, pero no sobreprotectora. 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). Asimismo, ha de mantener límites claros y precisos sobre su relación con la víctima, quien muchas veces intentará manipularle para lograr mayor protección y seguridad. Por eso se requieren habilidades clínicas para intervenir en caso de crisis, intentos de suicidio o ataques de pánico.

La (el) terapeuta experimentada conoce que los principales traumas psicológicos producidos por el abuso sexual son la pérdida de poder y la desconexión con los demás. Este conocimiento le 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, 1998). Su papel es promover la adquisición de ese poder y del control sobre su vida.

Empero, 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. Por eso la (el) terapeuta debe cuidarse de no ser prepotente ni de usar la supremacía en forma inadecuada; esta debe ser una herramienta para inducir el proceso de sanación.

Aunque la terapia de grupo no es una panacea, ofrece grandes beneficios, especialmente para adolescentes en donde aprender de sus pares tiene un gran valor. Las/los terapeutas deben de estar familiarizadas/os con el tratamiento de adolescentes y tener habilidades especiales, como convertir las sesiones en ejercicios entretenidos y menos verbales.

Las metas a conseguir con el grupo de adolescentes (Crowder, Myers, 1993) son, entre otras:

- Ayudar a las y los integrantes del grupo a reconocer la naturaleza abusiva de su experiencia. El impacto del abuso sexual y sus consecuencias
- Sanar sentimientos de culpa y vergüenza.
- Reconectar la experiencia disociada.
- Comprender los síntomas.
- Revisar las dinámicas familiares e interpersonales.
- Desarrollar destrezas asertivas de autocuidado.
- Identificar y expresar sentimientos.
- Obtener satisfacción de sus necesidades afectivas de manera segura y no sexual.

Como en todas las víctimas las secuelas deberán ser examinadas para poder ser superadas. La integración es un trabajo terapéutico y permite reconocer los duelos y explorar opciones para funcionar en un nuevo nivel. Todos estos procesos son parte de la terapia en tres fases. Las y los terapeutas deben escoger los ejercicios para cada sesión que más se relacionen con las condiciones individuales de la cada víctima.

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 se-

guridad de la paciente. Al igual que Herman, he dividido la recuperación en tres fases, que aunque se traslapen entre sí, su función operativa es de inigualable valor. Esta teorización aparece en el libro de mi autoría “Del Ultraje a la Esperanza. Tratamiento para las secuelas del incesto” 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.

## TERAPIA ESPECIALIZADA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO, EN TRES ETAPAS

### Seguridad hoy

La guía fundamental a lo 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).

Por tanto, el manejo de algunos síntomas postraumáticos, por medio de diferentes estrategias es otro objetivo de esta fase. El malestar emocional, los impulsos suicidas y el aislamiento son otros de los síntomas que deben ser abordados. Esta es una primera tarea para luego proseguir al control del entorno.

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).

### **“Recuerdo y duelo”**

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 aportado sus características y el abordaje terapéutico que requiere. Después 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, 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, afin 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 estará 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. Recuérdese que la verdad expresada, restaura y faculta a la sobreviviente para reconocerse como digna al compartir esta denuncia testimonial (Herman, 1991).

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 medicación (antidepresivos y ansiolíticos) puede ser útil en este momento.

Esta fase suele transcurrir lentamente porque enfrentarse a los recuerdos fragmentados y al dolor produce muchas resistencias y una sensación de humillación. Otras veces la sobreviviente intenta sustituir el enojo por el perdón hacia el abusador. Simbólicamente esta es un deseo para exorcizar el trauma y adquirir poder, pero paradójicamente, las compensaciones se dan cuando las sobrevivientes aceptan el daño y el dolor, y no necesitan reparación alguna por parte de sus perpetradores. Mientras exista este anhelo de victoria sobre el abusador, el trauma seguirá ganando terreno. (Herman, 1992)

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

Se recomienda que en forma paralela se conforme un grupo para adultos no ofensores, que apoyen a las adolescentes. Este grupo es psicoeducativo.

## **Reintegración y revaloración**

Las tres etapas por las que transitan las sobrevivientes de abuso sexual, no se cumplen con rigidez esquemática. Se entrecruzan, reaparecen y desaparecen procesos durante las tres fases. Por ende, el énfasis de esta fase es el desarrollo del deseo y la iniciativa el cambio de valores, el resurgimiento de la alegría y del fortalecimiento de la conexión con los demás.

En esta fase las sobrevivientes tienen menos culpa y vergüenza y valoran sus fortalezas. Asumen con más 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 sabiduría que implica procesar el sufrimiento. (Batres, 1997)

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

Algunas sobrevivientes, seriamente dañadas por el abuso sexual requerirán procesos terapéuticos más prolongados e individualizados.

Las sesiones terapéuticas se agrupan de la siguiente forma.

- |           |                    |                   |
|-----------|--------------------|-------------------|
| I Fase.   | De la sesión N° 1  | a la sesión N° 8  |
| II Fase.  | De la sesión N° 9  | a la sesión N° 12 |
| III Fase. | De la sesión N° 13 | a la sesión N° 19 |



## **SESIONES TERAPÉUTICAS**



**SESIÓN N° 1**  
**PRESENTACIÓN, ESTRUCTURA**  
**Y RECOMENDACIONES.**  
**ESTABLECIENDO UNA ALIANZA**  
**TERAPÉUTICA**

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

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

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

Para lograr estos propósitos se recomienda seguir los siguientes pasos:

1. Presentación de las terapeutas y, además, dar todas las referencias necesarias que aclaren quiénes son. Proporcionar sus números telefónicos, y otras de formas de contacto.
2. Utilizar una dinámica de presentación; es deseable que participen las terapeutas también.
3. Presentar, en un lenguaje comprensible, la estructura del grupo, duración y contenidos.
4. Elaborar conjuntamente las reglas y los límites con los que se funcionará durante todo el proceso.

5. Explorar las metas y expectativas que tengan las integrantes del grupo.
6. Establecer horarios, tarifas y forma de pago.

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

## **FINAL DE LA SESIÓN**

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

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

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

## HOJA DE APOYO SESIÓN N° 1

### REGLAS DEL GRUPO

Un buen conjunto de reglas es el siguiente, sin embargo, es deseable que el mismo grupo pueda enriquecer esta lista.

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

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

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

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

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

Ayuda mucho explicarles la forma en que el abuso lastimó su capacidad de confiar en otros y en ellas mismas y cómo de

este modo no han podido aprender a escuchar sus intuiciones y sentimientos. El abusador les trastocó sus parámetros y realidades diciéndoles por ejemplo “que eso es lo que todo papá que quiere a sus hijas hace con ellas”. Otras veces las llamó locas ante sus inquietudes, y les dijo que estaban imaginando cosas. Todas estas distorsiones dañaron su capacidad de confiar o de creer en sus intuiciones y sentimientos.

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

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

Tanto Bass, (1988) como Davis, (1990) consideran que para sanar es necesario buscar apoyo y contar con una red constituida por personas en quienes se confía y a quienes se puede acudir cuando se necesite ayuda

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

A partir de algunos postulados de Davis (1990) he desarrollado una serie de características de las personas idóneas para constituir una red de apoyo. A continuación las expongo: (Davis; 1990; p. 49).

- a. Creer en la experiencia de la sobreviviente y no negar el abuso.

- b. No minimizar el dolor que ellas sienten.
- c. No culparlas por el abuso.
- d. No hacerlas sentirse mal consigo mismas ni generarles sentimientos dolorosos o negativos.
- e. Conocer las etapas evolutivas de las adolescentes.



**HOJA DE APOYO**  
**SESIÓN N° 2**  
**CONFIANZA**

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

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

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

## **EXAMINAR A LA FAMILIA Y A LAS PERSONAS DEL ENTORNO**

Pidan a las sobrevivientes que elaboren una lista con las personas que las rodean, incluyendo a la terapeuta. Que escriban a la par de cada nombre lo que de esa persona las hace sentirse bien y lo que las hace sentirse mal.

<b>NOMBRE</b>	<b>ACTITUD POSITIVA</b>	<b>ACTITUD NEGATIVA</b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Complete las siguientes frases:

– Las actitudes que más aprecio en las personas son:

---

---

– Las actitudes de las personas que me hacen sentir mal son:

---

---

– Los cambios debo hacer para construir un sistema de apoyo son:

1. HOY:

---

---

---

2. ESTA SEMANA:

---

---

3. ESTE MES:

---

---

– ¿Qué sentimientos tuve cuando trabajé en estos temas?

---

---

– ¿Qué compromisos adquirí conmigo misma?

---

---

Al revisar el cuestionario:

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

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

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

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

## PELIGRO DE SUICIDIO

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

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

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

Se proponen algunos ejercicios con la finalidad de generar la capacidad de autocontrol y búsqueda de ayuda.

No hay que tener temor en abordar tempranamente el tema, hacerlo, salvará muchas vidas.

**HOJA DE APOYO**  
**SESIÓN N° 3**  
**PELIGRO DE SUICIDIO**

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

Nombre	Teléfono
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____

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

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_



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

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

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

---

---

---

2. ¿Qué compromisos adquirí conmigo misma?

---

---

---

3. ¿Qué aprendí?

---

---

---

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

---

---

---



## CUIDAR DE SÍ MISMA

Bass (1988) y Davis (1990) consideran que cuidarse a sí misma es algo que las sobrevivientes no han podido aprender. Las niñas víctimas de abuso sexual, lejos de ser cuidadas como lo requerían, por el contrario, fueron explotadas sexualmente, lo que los mecanismos de autocuidado.

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

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

Las integrantes del grupo han empezado a aprender, a través del trabajo desarrollado en las anteriores sesiones, a pedir apoyo y a confiar en algunas personas. Ahora deberán empezar a confiar, a tratarse con amor y benevolencia. En este momento siempre les hablo de la niña sola y triste que hay en su interior y que la persona que más cerca está de esa niña es cada una de ellas, por lo tanto, es quien mejor las puede cuidar. Esto les permite establecer algunos compromisos de afecto consigo mismas y les envía el mensaje de que no deben esperar a estar totalmente destruidas para pedir el apoyo que merecen. Aunado a esto les solicito que el

cuidarse a sí mismas sea el primer propósito que se hagan al abrir sus ojos cada día. Muchas veces he tenido que cambiar el concepto “cuidarse”, por mimarse o “chinearse” porque he encontrado que para las sobrevivientes cuidarse es sinónimo de mecanismo de sobrevivencia. Por ejemplo: una de ellas anotó en el ejercicio que para cuidarse a sí misma se aislaba del resto del mundo.

**HOJA DE APOYO  
SESIÓN Nº 3  
CUIDAR DE SÍ MISMA**

Para cuidarme a mí misma yo haré lo siguiente:

DIARIAMENTE: \_\_\_\_\_

SEMANALMENTE: \_\_\_\_\_

MENSUALMENTE: \_\_\_\_\_

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

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

¿Qué sentimientos tuve cuando trabajé en este tema?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué compromisos adquirí conmigo misma?

---

---

---

¿Qué aprendí?

---

---

---

De los cambios que hice: ¿Cuáles me hacen sentirme orgullosa?

---

---

---

#### **SESIÓN N° 4**

#### **AUTOESTIMA Y AUTOIMAGEN**

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

Cuando niñas, somos muy vulnerables a las conductas e influencias de los adultos/as. Así es como aprendemos a tener un concepto y un valor de nosotras mismas. En la base de este aprendizaje se encuentran los mensajes que recibimos y las circunstancias que rodearon nuestra infancia.

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

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

Trabajar primero con temas menos amenazantes y crear una plataforma de confianza, le da más seguridad a las sobrevivientes para seguir en el grupo. Además, el valorar los logros y cualidades prepara adecuadamente el terreno para empezar a hablar sobre la violencia sexual. Comenzar muy tempranamente el tema del abuso abrumba a las sobrevivientes y el resultado con frecuencia es que deserten del grupo o se exacerbe el sentimiento de estar enfermas, “locas” o “marcadas”. Una intervención precoz puede también aumentar la resistencia a romper el silencio.

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

Necesitarán algunas herramientas proporcionadas por sus terapeutas para encontrar sus fortalezas.

## CELEBRANDO LOS LOGROS

Según Bass y Davis, (1988) las sobrevivientes tienden a minimizar sus logros, sus esfuerzos y sus cambios. Para que tengan una idea del proceso, la lectura de su cuaderno de trabajo y la revisión de las hojas de apoyo las ayuda mucho; así ellas pueden constatar sus esfuerzos, voluntades y cambios.

Celebrar los éxitos, por pequeños y cotidianos que parezcan, ayuda a mirarse con respeto y satisfacción y a la vez que contribuye a internalizar un mejor concepto de sí mismas.

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

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

### HOJA DE APOYO SESIÓN N° 4 LISTA DE FORTALEZAS

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

---

---

---

---

---

Si no encontrara muchas, explique por qué.

---

---

---

---

---

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

**Negativas**

**Positivas**

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

**LEA SU LISTA CADA MAÑANA  
Y CADA NOCHE EN VOZ ALTA.  
HOJA DE APOYO SESIÓN N° 4  
CELEBRANDO LOS LOGROS**

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

**CUESTIONARIO DE FORTALEZAS Y VALORES**

¿Qué habilidades tengo?

.....  
.....  
.....  
.....

¿Qué es lo que más me enorgullece?

.....  
.....  
.....  
.....

¿Qué es lo que más me gusta de mí?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....  
.....



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

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

Las sobrevivientes han estado expuestas a múltiples traiciones y a eventos sobre los que no tendrán control. Finkelhor y Browne (1988) consideran que estas experiencias pueden dar como resultado esquemas psicológicos de falta de poder y control. Aprender a reconocer estos mensajes y sustituirlos por mensajes positivos es parte importante del proceso de sanar.

Las sobrevivientes con frecuencia se quejan de que no sienten como verdaderos estos mensajes positivos. Poco a poco estos mensajes empiezan a hacer efecto y las sobrevivientes experimentan la fuerza de valorarse.

### **APRENDIENDO A DECIR NO**

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

A las sobrevivientes se les explotó sexualmente, aprendieron que tenían que decir sí al abuso, a pesar del dolor, la rabia y el miedo. Aprendieron que tienen que pagar para vivir. Si se es mujer, se reciben también muchos mensajes de que nuestro papel e identidad está basado en la satisfacción de las necesidades ajenas.

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

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

Al principio de este cambio podrán surgir temores de la infancia, como castigos. En efecto, algunas personas a su alrededor no les gustará un NO y perder privilegios ganados en el pasado con la sumisión de la sobreviviente.

## **PODER Y CONTROL**

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

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

Esto sucede especialmente con los terapeutas hombres. Un terapeuta bien formado debe conocer este mecanismo de defensa y abordarlo apegado al marco teórico género sensitivo.

**HOJA DE APOYO**  
**SESIÓN N° 5**  
**MENSAJES “DECIR NO”**

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

.....

.....

.....

.....

.....

El haber sido víctima de abuso me enseñó que:

.....

.....

.....

.....

.....

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

**Negativo**

**Positivo**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DECIR NO**

Si yo digo “no” temo que:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Quiero decir “no” a:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Si alguien se enoja por decirle “no” yo voy a:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## **COMPRENDIENDO EL DESORDEN DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SESIÓN N° 6**

Desorden de Estrés Postraumático en las víctimas de violencia intrafamiliar. (Recinos, 2002)

Las sobrevivientes de incesto, abuso sexual desarrollan una serie de desórdenes psicológicos que comparten con otro tipo de víctimas. Dentro de estos desórdenes figuran los trastornos de ansiedad tales como fobias, trastornos de angustia y particularmente el (DEPT).

El impacto de los acontecimientos traumáticos puede modificar a la persona en los planos biológico, psicológico y social. Tanto es así que el recuerdo traumático es capaz de teñir el resto de la vida psíquica del individuo, llegando incluso a alterar la capacidad de apreciar la realidad de una manera adecuada. El cerebro se concentra selectivamente en buscar recordatorios del pasado, la persona experimenta recuerdos vívidos, reexperimentaciones intensas.

### **Algunos de sus síntomas**

- **Fijación del Trauma**

La aparición de este trastorno se debe al fracaso de los mecanismos de cicatrización del propio organismo. Las víctimas de este padecimiento no han sido capaces de integrar el recuerdo del acontecimiento traumático en su memoria como parte del pasado. El acontecimiento traumático no llega a adquirir la calidad de pasado. El recuerdo sigue teniendo la misma viveza y sensación de realidad como si acabase de ocurrir.

- **Hiperexcitación**

La persona se mantiene en una alerta permanente como para responder al ataque. Hay una respuesta exagerada

a estímulos externos que pueden estar o no asociados al trauma. Ante este estado de hipervigilancia y la incapacidad para controlarlo, la persona se siente impotente pues su cuerpo reacciona de un modo que no desea y los estímulos más irrelevantes provocan respuestas corporales intensas. Sus sistemas de alarma se activan ante cualquier estímulo.

- **Incapacidad de modular el grado de alerta**

Debido a las alteraciones que se han ocasionado en los sistemas de vigilancia, el sistema nervioso central origina una alteración en la capacidad de utilizar las señales corporales para analizar cómo nos sentimos.

La facilidad con que su sistema nervioso autónomo se activa trae consigo que no puedan confiar en sus reacciones para analizar el entorno y su propio estado de ánimo.

- **Intrusión**

Se refiere a las irrupciones o intrusiones no controladas de recuerdos, pensamientos o emociones traumáticas. Estos fenómenos se dan durante la vigilia y en el sueño a través de las pesadillas. Los recuerdos suelen ser aterradores para la persona traumatizada porque vuelven con la misma intensidad de cuando fueron experimentados. Los recuerdos no pueden describirse como tales, sino como si sucedieran en el presente. Carecen de narrativa verbal y de contexto y se encuentran codificados en forma de sensaciones e imágenes.

Las intrusiones de recuerdos tienen una finalidad adaptativa para mejorar la capacidad de supervivencia del individuo en su entorno. Cuando experimentamos experiencias peligrosas la mente repite una y otra vez la experiencia para que ésta quede fijada, pero normalmente este proceso dura unos días y luego desaparece.

Sin embargo en sobrevivientes de traumas la situación se convierte crónica. En lugar de integrarse en el pasado, el recuerdo de la situación traumática adquiere autonomía propia en la vida mental del individuo, condicionando totalmente su vida.

Una de las características más sobresalientes en las personas que han vivido traumas es su incapacidad para verbalizar y describir el acontecimiento traumático. No son capaces de explicar con detalle lo que ocurrió, aunque sí pueden explicar los sentimientos asociados al acontecimiento. Esto puede estar relacionado con el bloqueo de las estructuras cerebrales que se encargan de organizar la información que llega desde distintas vías sensoriales que se producen en el momento del trauma.

- **Evitación y Embotamiento**

La persona se siente acosada por los recuerdos, siente que todo lo que le rodea está relacionado al trauma, lo cual trae los recuerdos constantemente a la memoria. Esto provoca la aparición de una conducta de escape que resulta en una huida a ninguna parte.

Esa huida infructuosa convierte a la persona en alguien fría, distante, sin capacidad e interés en vivir emociones. Muchas personas que padecen este trastorno prefieren no sentir nada que sentir algo que les pueda angustiar. Es probable que la activación excesiva y continuada de los mecanismos de alerta en el trastorno de estrés postraumático limite al cerebro de la capacidad de experimentar distintos tipos de emociones.

La información anterior ha pretendido demostrar que el abuso sexual a la que han sido sometidas las adolescentes, dejan profundas secuelas entre las que se encuentra el Desorden de Estrés Postraumático y otras sintomatologías que producen daños en cuerpo y mente.

**COMPRENDIENDO EL DESORDEN  
DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO  
HOJA DE APOYO  
SESIÓN N° 6**

**Ejercicio No. 1**

Las adolescentes suelen estar en distintos estadios que las separan de sus cuerpos, cargadas con síntomas del Desorden de Estrés Posttraumático.

Un acercamiento cuidadoso como el que se plantea, les permite tomar conciencia sobre ellas y su entorno y propicia que vaya paulatinamente construyendo la reconexión con su cuerpo.

Pídale que escuche durante el día los sonidos del entorno, el rumor de las hojas movidas por el viento y otros sonidos. Que regrese lentamente a observar su cuerpo y decir cómo se siente.

También puede realizar algún ejercicio de respiración.

Estos ejercicios se practicarán en la sesión y se sugerirá que los realicen durante la semana.

**Ejercicio No. 2**

Está tu cuerpo relajado? ¿Cómo lo logras?

El cuerpo puede estar embotado y las emociones desconectadas. ¿Lo has experimentado?



El siguiente ejercicio es muy valioso. Solicite a la adolescente que trate de estar consciente de lo que toca en el día, cuando se viste, cuando abraza a una amiga. Pídale que todo lo que toca con las yemas de los dedos trate de identificarlo.

Conectar con la sensación táctil es otra práctica que ayudará a establecer puentes entre mente y cuerpo.

¿Qué has sentido con este ejercicio?

## **SESIÓN N° 7**

### **MITOS Y REALIDADES DEL INCESTO Y DEL ABUSO SEXUAL**

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

Una tarea de la terapia con sobrevivientes es suplir esta falta de información y la reestructuración cognoscitiva o por medio de la educación.

Las adolescentes son muy permeables a las opiniones de sus pares. Vivimos en sociedades patriarcales plagadas de mitos que en la adolescencia se convierten en verdades difíciles de remover. Es un tiempo para aprender sobre la cultura en que se mueven y socializan.

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

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

**HOJA DE APOYO**  
**SESIÓN N° 7**  
**MITOS Y REALIDADES DEL INCESTO**

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

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

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

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

**MITO:** Las/os niñas/os son responsables del abuso sexual incestuoso.

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

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

**REALIDAD:** Más niñas que niños son víctimas de abuso sexual, pero también los niños lo son. Algunas estadísticas

norteamericanas hablan de que uno de cada ocho varones menores de 18 años y una de cada tres niñas serán víctimas de abuso sexual (Haseltine y Peterson, 1990).

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

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

**MITO:** El incesto es una fantasía infantil.

**REALIDAD:** Una niña o un niño no fantasea sobre acontecimientos dolorosos o que no son vivenciales. Estas teorías de la fantasía infantil fueron construcciones teóricas de Freud quien las convirtió en “realidades” científicas.

**MITO:** El incesto ocurre solo entre enfermos mentales.

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

## SESIÓN N° 8

### LOS EFECTOS ABUSO SEXUAL

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

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

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

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

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

Bass y Davis (1988) exponen que las personas que han sido víctimas de abuso sexual presentan un gran número de

conductas autodestructivas, que tienen a veces una intención de autocastigo, al ser conductas adaptativas cuando la sobreviviente era pequeña o como respuesta a su ambiente y circunstancia (Mc Cann, 1988). Según Bass y Davis (1988), Finkelhor y Browne (1988) estas conductas por lo general radican en: uso de alcohol o drogas, tener accidentes a menudo, manejar o caminar por lugares peligrosos, involucrarse sexualmente con personas peligrosas o autodañarse físicamente.

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

A continuación, aparece una lista de algunos mecanismos empleados por las víctimas sobrevivientes:

1. Minimizar.
2. Racionalizar.
3. Negar.
4. Olvidar
5. Disociar (“división”, en las palabras de ellas).

Estos mecanismos deben ser explicados breve y claramente, con la finalidad de estimular la identificación a través del análisis de episodios de la vida de las adolescentes, ayudadas por la terapeuta ya que se requiere de esfuerzos introspectivos para completar este ejercicio.

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

Como en los textos tradicionales existe poca información sobre el incesto y las secuelas a corto y largo plazo, los profe-

sionales en salud mental, a los que acuden las sobrevivientes, desconocen el síndrome post incesto. Muchas sobrevivientes tienen dificultades para establecer la relación entre el incesto y sus secuelas a largo plazo. Por años se sintieron locas, extrañas.

En el apartado “Síndrome Post Incesto” aparecerá una lista de las secuelas del incesto, las más frecuentes, para ser usada por la terapeuta en esta sesión.

## **SÍNDROME POST INCESTO**

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

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

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

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

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

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

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

- Cortarse la piel, autodestructividad.

– Necesidad de no llamar la atención o de ser perfecta (ya sea en sentido positivo o negativo).

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

– Depresión (en ocasiones paralizante).

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

– Sensaciones de despersonalización.

– Control rígido del pensamiento, inexpresividad o solemnidad extrema.

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

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

– Tomar riesgos demasiado elevados o incapacidad para tomar riesgos.

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

– Culpa, vergüenza, poca autoestima, sentimiento de insignificancia.

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

– Anestesia afectiva o excesiva dependencia afectiva en sus relaciones.

– Sentimientos de abandono severos.

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



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

– Sentirse desequilibrada, loca, diferente. Sentirse irreal o que los demás no lo son, o que piensan que ella no es real.

– Negación y represión de recuerdos del abuso. Minimizar y atribuir los hechos a sueños o imaginaciones. Reacciones negativas e “inapropiadas” hacia una persona, lugar o situación realizando proyecciones momentáneas inexplicables (ante una luz, un lugar, una sensación). Recuerdos parciales del abuso. El recuerdo puede iniciarse con el evento o la persona menos amenazante incluso algunos detalles del abuso no pueden nunca ser totalmente recordados; sin embargo, la recuperación de los recuerdos es posible, aun cuando no sea total. Existe una “guía interna” que hace los recuerdos accesibles a la conciencia, de acuerdo con la capacidad que tenga la persona para ir manejándolos.

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

– Patrón de relaciones afectivas ambivalentes o intensamente conflictivas.

– Reticencia a los espejos o percepciones distorsionadas de la imagen corporal.

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

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

– Aversión a hacer ruido durante las relaciones sexuales. Hipervigilancia verbal (manejo cuidadoso de las palabras), voz demasiado baja, especialmente cuando no desea ser escuchada.

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

– Personalidad múltiple.

NOTA: La homosexualidad y el lesbianismo no son una secuela del abuso sexual.

**HOJA DE APOYO**  
**SESIÓN N° 8**  
**CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS**

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Propósito de estas conductas:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Contrato para detenerlas y modificarlas:

Yo.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**HOJA DE APOYO  
SESIÓN N° 8  
COMO ESTOY**

1. ¿Se siente distinta a otras personas?

.....  
.....  
.....

2. ¿Se siente mala o sucia?

.....  
.....  
.....

3. ¿Se siente impotente, como una niña?

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

6. ¿Se odia a sí misma?

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

8. ¿Confía en sí misma?

.....  
.....  
.....

9. ¿Se cuida a sí misma?

.....  
.....  
.....

10. ¿Tiene temor al éxito?

.....  
.....  
.....

11. ¿Tiene que ser perfecta?

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

13. ¿Tiene dificultad para expresar sus sentimientos?

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

15. ¿Siente a veces que se vuelve loca?

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

17. ¿Ha usado alcohol excesivamente o drogas?

.....  
.....  
.....

18. ¿Se siente bien con su cuerpo?

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

21. ¿Ha lastimado su cuerpo intencionalmente?

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

23. ¿Se siente sola y que está aislada?

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

25. ¿Tiene temor de los compromisos afectivos?

.....  
.....  
.....

26. ¿Se aferra a las personas que quiere?

.....  
.....  
.....

27. ¿Tiene pánico al abandono?

.....  
.....  
.....

28. ¿Le cuesta decir “no”?

.....  
.....  
.....

29. ¿Cuándo hace el amor se siente lejana?

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

31. ¿Experimenta recuerdos del abuso cuando tiene sexo?

.....  
.....  
.....

32. ¿Tiene aversión al sexo?

.....  
.....  
.....



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

.....  
.....  
.....

34. ¿Cómo son las relaciones con su familia?

.....  
.....  
.....

35. ¿Saben sobre el abuso?

.....  
.....  
.....

36. ¿Espera que su familia cambie?

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

**SESIONES N° 9 Y 10**  
**RECORDANDO,**  
**ROMPIENDO EL SILENCIO.**  
**LA CULPA Y LA VERGÜENZA**

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

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

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

Aprendieron también que la intimidación era dolorosa y que fueron dañadas cuando se les acercaron; sin embargo, para curarse es necesario recordar; el dolor ya no debe ser evadido, es necesario atravesarlo. Después de este camino está la luz. Es necesario compartir el secreto con quienes le creen y la respetan. Hablar del abusador –solo mencionarlo– es una experiencia que puede sonar aterradora para una sobreviviente debido a que muchas fueron brutalmente amenazadas para lograr silenciarlas. Identificar es un acto de poder, el poder que produce no estar bajo el control del abusador. A veces

ayuda mucho hablar del abuso con alguien fuera del grupo, alguien que les crea; esto será una elección de cada sobreviviente.

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

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

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

En una ocasión una paciente que experimentaba gran ansiedad con este tema, al ser entrevistada individualmente dijo que tenía vergüenza de hablar porque una mujer también había abusado de ella durante una estadía en el Hospital Nacional Psiquiátrico, mientras que todas las otras participantes habían revelado haber sido victimizadas por sus padres solamente. Se le animó a expresar su experiencia y en la siguiente sesión lo hizo; surgieron entonces más revelaciones de otros abusos vividos por compañeras. Varias de ellas mencionaron más de cinco abusadores (médico, pastor, hermano, padre, tío, tía; etc.).

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

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

### **COMPRENDIENDO QUE NO FUE SU CULPA Y DEJANDO LA VERGÜENZA ATRÁS**

Los sentimientos de culpa y vergüenza procedentes de varios ámbitos, han acompañado por toda la vida a las sobrevivientes.

Muy frecuentemente el abusador las culpó directa o indirectamente, no solo por el abuso sino por cualquier cosa que le pasara a él si ella hablaba. Como el abuso empieza generalmente en edades tempranas, la niña, por efectos de su desarrollo cognoscitivo, no está en capacidad de comprender que este adulto, que es generalmente su padre, a quien ella quiere y necesita, es el único responsable del abuso (Batres; 1998).

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

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

El abuso sexual y el incesto son crímenes de poder. Una niña, por su vulnerabilidad, dependencia y desarrollo, no

está en condiciones de detener el acto abusivo. Este es responsabilidad total de quien abusa. Y si se trata de incesto entre padre e hija, el más común de los incestos, el consentimiento no es posible (Batres; 1998). La diferencia de poder entre un padre, hombre, adulto y una niña, hija, dependiente, es abismal (Herman; 1981).

Es difícil que la mujer se autovisualice siendo niña, vulnerable y sin poder. No sabe que guarda esa niña adentro, infeliz y asustada. Debemos ayudar a las sobrevivientes a encontrar a esa niña, la que fue y la que aún tiene adentro. Proporcionarle el conocimiento y la información para que comprenda que no fue su culpa y que, con nuevos conocimientos, esa vergüenza pueda ser combatida.

Todas las personas que han sido víctimas de incesto u otro tipo de abuso sexual encierran fuertes sentimientos de vergüenza.

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

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

**HOJA DE APOYO**  
**SESIONES N° 9 Y 10**  
**ROMPIENDO EL SILENCIO**

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

Cuando estaba abusando de mí, el abusador me dijo:

.....  
.....

Mi silencio fue obligado con:

.....  
.....

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

.....  
.....

Sentí que debía proteger a:

.....  
.....

Si hubiera contado hubieran pensado que yo:

.....  
.....

El mensaje que recibí, fue:

.....  
.....

**HOJA DE APOYO  
SESIONES N° 9 Y 10  
RECORDANDO**

Recordando lo que pasó:

Yo estaba (dónde y haciendo qué)

.....  
.....  
.....

Mi papá (o quien abusó de mí) estaba:

.....  
.....  
.....

Mientras me abusaba me dijo:

.....  
.....  
.....

Me hizo:

.....  
.....

Yo sentí:

.....  
.....  
.....

Yo quise:

.....  
.....  
.....

El se quedó (tiempo):

.....  
.....  
.....

El resto de la familia estaba:

.....  
.....  
.....

Cuando se fue, yo sentí:

.....  
.....  
.....

Yo pensé:

.....  
.....  
.....

Ahora pienso:

.....  
.....  
.....

Ahora siento:

.....  
.....  
.....

Voy a contarle sobre el abuso a:

.....  
.....  
.....



¿Qué sentimientos tuve cuando trabajé en este tema?

.....  
.....  
.....

¿Qué aprendí?

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

**HOJA DE APOYO**  
**SESIONES N° 9 Y 10**  
**IDENTIFICANDO LA CULPA**  
**Y REEMPLAZÁNDOLA CON LA REALIDAD**

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

1. Fue realmente mi culpa: ¿Por qué?

.....  
.....  
.....

2. Creo que fue mi culpa: ¿Por qué? (Hágase la pregunta cuantas veces sea necesario):

.....  
.....  
.....

3. No fue mi culpa: ¿Por qué?

.....  
.....  
.....

**HOJA DE APOYO  
SESIONES N° 9 Y 10  
BUSCANDO A LA NIÑA**

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

**CARTA A UNA NIÑA VÍCTIMA DE ABUSO**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## SESIÓN N° 11

### LA IRA: APRENDIENDO DE ELLA

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

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

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

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

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

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

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

**HOJA DE APOYO**  
**SESION N° 11**  
**CARTA AL ABUSADOR**

1. Mencionar al abusador por su nombre, o escribir en una pizarra frente al grupo el nombre, es un acto de poder. Muchas sobrevivientes nunca lo han mencionado siquiera.

Pida a las sobrevivientes que pasen a la pizarra y escriban el nombre del o de los abusadores.

2. En un ejercicio de las sesiones N°. 8 y N°. 9 usted escribió una carta a una niña victimizada. Léala otra vez. Permítase sentir el apoyo que esta situación le produce.

3. Escriba una carta a un abusador o a su abusador, exprese todos los sentimientos de ira que le produjo o le produce:

**CARTA A UN ABUSADOR**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1. ¿Cómo le ha afectado el abuso?

.....  
.....  
.....

2. ¿Qué siente hacia el abusador?

.....  
.....  
.....

3. ¿Qué desearía que le sucediera al abusador?

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

**SESIÓN N° 12**  
**LOS SENTIMIENTOS**  
**APRENDIENDO A ESTAR PRESENTES**

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

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

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

### **Sentimientos**

Los sentimientos no nos hacen ni buenas ni malas, son parte de nosotras. Reconocer los sentimientos autodestructivos sí nos permite cuidarnos mejor. Las niñas victimizadas desarrollan a lo largo de su vida múltiples sentimientos autodestructivos; estos incluyen la sexualidad. Un ejemplo es in-

volucrarse sexualmente con personas que la pueden dañar o en relaciones infelices. Conductas tales como manejar o caminar por lugares peligrosos, y tener accidentes son frecuentes.

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

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

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



**HOJA DE APOYO**  
**SESIÓN N° 12**  
**PARA ESTAR PRESENTE**

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

Hoy

Me ausenté de (horas, minutos).....a.....

Cuando estaba en: .....

Antes de que pasara estaba sucediendo: .....  
.....  
.....

Yo estaba con: .....  
.....  
.....

Lo que me perturbaba era: .....  
.....  
.....

**HOJA DE APOYO**  
**SESIÓN N° 12**  
**SENTIMIENTOS CONGELADOS**

En su infancia usted experimentó:

Sentimientos: .....

.....

.....

Actualmente experimenta:

Sentimientos: .....

.....

.....

¿Cuáles sentimientos han cambiado de intensidad?

.....

.....

.....

Sus amigos (as) la ven con los siguientes sentimientos:

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

**HOJA DE APOYO**  
**SESIÓN N° 12**  
**TRISTEZA**

Ahora se siente triste cuando:

.....  
.....  
.....

En su infancia se sintió triste (no el recuerdo, sino anotar solo si se tiene el sentimiento):

.....  
.....  
.....

Cuando se siente triste lo evade de la siguiente manera:

.....  
.....  
.....

O se comporta:

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

## SESIÓN N° 13 VALORANDO EL GÉNERO

Abordamos el problema del abuso sexual desde una perspectiva de género. Partir desde una visión de género significa reconocer la desigualdad de opciones y poder entre hombres y mujeres dentro y fuera de la familia. Este abordaje implica también que las/os terapeutas enfrentemos y elaboremos nuestros prejuicios sexistas. Para este enfoque es de vital importancia reconocer que la experiencia de las mujeres no ha sido valorada. Valoramos la experiencia de la sobreviviente y como ella la vive.

La prevención de la desigualdad constituye un eje esencial de cualquier política de salud pública. Por ello, hemos considerado colocar una sesión que aborde el tema de género, como se hizo en el Manual de niños y niñas abusados sexualmente, de mi autoría.

Se pretende hacer visible el tema, ya que no hay terapia, especialmente sobre abuso sexual que pueda ser efectiva si no empoderamos a nuestras sobrevivientes y educamos a los y las jóvenes sobrevivientes a respetar la igualdad y valorar una masculinidad no agresiva. Este es un lema transversal en todo el proceso.

## SESIÓN N° 13

### HOJA DE APOYO

- Los ejercicios utilizados en esta sesión deberá ser muy creativos y claros para lograr lo que se desea: valorar la igualdad entre los géneros, seguir deconstruyendo estereotipos de género y conductas sexistas.
- Puede sugerir una lista de derechos de las mujeres, en relación a la no violencia.
- Otra forma de valorar el género femenino es haciendo un collage, en donde aparezcan mujeres en papeles no tradicionales.
- Lance la pregunta ¿Por qué somos iguales los hombres y las mujeres?

#### **Nota:**

Cuando se trabaja con sobrevivientes hombres los ejercicios deben dirigirse hacia el reconocimiento de la igualdad de las mujeres y la ruptura de estereotipos de superioridad masculina.

**SESIÓN N° 13**  
**AMISTADES, NOVIOS,**  
**RELACIONES CONSTRUCTIVAS**  
**Y RELACIONES CON AMIGOS (AS)**

El abuso sexual produce como secuela fuertes sentimientos de estigmatización y traición.

Las personas abusadas sexualmente con frecuencia se sienten diferentes, se aíslan y solo se sienten aceptadas por personas que se encuentran en áreas también estigmatizadas de la sociedad. Esto las pone en peligro de abusar de las drogas, el alcohol, prostitución, o actividades criminales. La estigmatización las puede llevar a tener conductas autodestructivas, como lo hemos analizado en varios momentos del Manual.

Su autoestima es baja y creen van a ser rechazadas.

Los sentimientos de traición les hace difícil volver a creer en alguien, o por lo contrario tienen lazos de dependencia extrema con algunas personas, aunque estas relaciones las dañe.

Las relaciones íntimas por consecuencia están deterioradas, hay mucha desconfianza y enojo en las relaciones que establecen. A veces esta falta de confianza es mayor hacia los hombres. No se trata de homosexualidad o lesbianismo, que no son secuelas del abuso sexual.

En poblaciones que permanecen recluidas, como los hogares de acogida, las relaciones se eligen basadas en miedos, necesidades, sentimientos de protección y encontrar una tasa alta de relaciones entre mujeres, se ha constatado que obedece más a estas necesidades que a relaciones lésbicas como tal.

El enojo resultado de la traición, es frecuente en adolescentes, es una forma primitiva de protegerse de las traiciones. La conducta antisocial, también son una expresión de este enojo y deseo de venganza.

**SESIÓN N° 13**  
**AMISTADES, NOVIOS**  
**RELACIONES CONSTRUCTIVAS**

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

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

**Conteste las siguientes preguntas:**

¿Siente presión de sus amigos (as) para tener novio o amigos “con derechos”?

.....  
.....  
.....

Si no tiene una pareja: ¿cómo maneja sus atracciones sexuales?

.....  
.....

Si ha tenido sexo o lo está teniendo ahora: ¿Cómo sintió o se siente?

.....  
.....

¿Se siente cómoda, respetada?

.....  
.....

## Señale si toma precauciones cuando:

Su amigo o novio:

- Le impide tener amigos (as).....
- Habla mal de su familia.....
- Le insulta.....
- Le ha pegado.....
- Sale con otras mujeres en planes románticos .....
- No la deja cortarse el pelo.....
- Le indica cómo vestirse o maquillarte.....
- Critica su forma de ser, pensar o su cuerpo.....

Usted cree que el respeto significa:

.....

.....

.....

A continuación aparece un listado acerca de las características de las buenas y malas parejas. Piense en su novio y dele un puntaje de 1 si lo cumple y 0 si no. Sume y si obtiene más de 3 puntos, discútalos en el grupo.

## Características de las buenas parejas

Una buena pareja es alguien que:



- a. Le gusta exactamente mi manera de ser.
- b. Respeta mis pensamientos y sentimientos.
- c. Es siempre honesto con conmigo.
- e. Me acepta cuando estoy enferma.
- f. Le importa qué es lo que yo quiero hacer.
- f. No tomaría ni alcohol ni drogas.
- g. No me golpearía.
- h. Sería amable con mi familia y amigos (as).

### **Características de las malas parejas**

Una mala pareja es alguien que:

- a. Podría mentir por mi.
- b. Podría asustarme o golpearme.
- c. Podría burlarse de mis ideas y sentimientos.
- d. Podría tratar de obligarme a hacer cosas que no quiero hacer.
- e. Podría robar, tomar o ingerir drogas.
- f. Podría ser rudo con mi familia o amigos (as).
- g. Podría animarme a que abandone la escuela o no haga mis tareas.

### **Límites sexuales**

Aprender hasta dónde las personas y usted deben acercarse sexualmente es bueno para su seguridad. Es importante conocer su opinión. A continuación algunos conceptos sobre conductas peligrosas para generar discusión, fijar límites y evitar abusos a otras (os).

Señale las conductas que son aceptables para usted:

Tocar a una persona del sexo opuesto, besar a una persona del sexo opuesto:

.....

Tocar a una persona del mismo sexo, besar a una persona del mismo sexo:

.....

Desnudarse frente a otros:.....

Ver pornografía con adultos: .....

Ver pornografía con niños (as): .....

Violar: .....

Tocar los genitales de otros (as) .....

Prostituirse: .....

Sexo oral: .....

**Reflexión:**

Usar internet sin tomar precauciones sobre con quien se conecta es un riesgo. Cada vez es más frecuente encontrar redes de pornografía infantil, de pederastas o información sexual falsa. Cuidado con las nuevas tendencias de compartir videos caseros sexuales, ya que una vez en la red perdemos control sobre ellos.

**SESIÓN N° 14**  
**AMIGOS (AS)**

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

**Conteste las siguientes preguntas:**

– ¿Qué es un amigo o amiga?

.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

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

### **Características de los buenos (as) amigos (as)**

1. Los buenos (as) amigos (as) realmente se preocupan por usted y:
  - a. Escucharán sobre cómo se siente y no se burlarán de ello.
  - b. Nunca le harán daño intencionalmente incluso si usted los hiera accidentalmente.
  - c. Serán considerados (as) sobre lo que le gusta.
  
2. Los buenos (as) amigos (as) le animan a hacer cosas constructivas (cosas que son buenas para usted) y:
  - a. La ayudan si está en problemas, incluso si están ocupados (as) o enojados (as) con usted.
  - b. La animan a enfrentar sus problemas sin importar qué tan terribles sean.
  - c. Le dicen la verdad y usted les dice la verdad.
  - d. Hablan con usted después de haber peleado y siguen siendo sus amigos (as).
  - e. Guardan sus secretos, excepto para contarlos a alguien que la ayudará.

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

1. A los malos (as) amigos (as) usted realmente no les importa y:
  - a. Hieren sus sentimientos intencionalmente.
  - b. Dicen cosas groseras sobre usted a sus espaldas pero pueden ser buenos (as) con usted cuando los encuentra cara a cara.
  - c. Mienten sobre usted.

- d. Cuentan sus secretos cuando están enojados (as) con usted.
2. Los malos (as) amigos (as) sacan provecho de usted y:
    - a. Rompen alguna regla y la culpan a usted.
    - b. Abusan de su cuerpo.
    - c. Le amenazan con no ser su amigo (a) si usted no hace lo que ellos (as) quieren.
    - d. Toman prestadas sus cosas sin pedir permiso o no le regresan sus cosas cuando usted se las pide.
    - e. Le mienten o le animan a mentir para que se salga de un problema.
    - f. Le dicen cosas bonitas solamente para hacer que usted les haga sus tareas o para que les de dinero.
  3. Los malos (as) amigos (as) le animan a ser autodestructivo (a) al hacer cosas que le hacen daño y:
    - a. Le animan a que abandone la clase porque no les gusta el (la) maestro (a).
    - b. Le animan a tomar licor o tomar drogas cuando están solitarios (as) o tristes.
    - c. Le sugieren que huya de la casa cuando ha peleado con sus padres.
    - d. Le sugieren que robe algo que quiere y no tiene dinero para comprar.
    - e. Le animan a ser grosero (a) con alguien cuando se siente triste o enojado (a).

**SESIÓN N° 15**  
**EL COLEGIO, ¿QUÉ NOS PASA?**

A continuación aparecen algunas preguntas que harán que usted entienda un poco más sobre su comportamiento en la escuela o colegio.

En la escuela me siento:

.....  
.....

Estoy atenta:

.....  
.....

Estoy distraída:

.....  
.....

Me distraigo porque:

.....  
.....

Me enoja que:

.....  
.....

Me asusto porque:

.....  
.....

Soy buena alumna porque:

.....

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

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

Seguidamente solicite al grupo que haga los siguientes ejercicios:

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

– Contesta las siguientes preguntas:

Siento que mi cuerpo es:

.....  
.....  
.....

El abuso hizo que mi cuerpo se sintiera:

.....  
.....  
.....

Con el sexo:

.....  
.....  
.....

Pienso que el sexo es:

.....  
.....  
.....

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

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

Contesta las siguientes preguntas y complete las frases.

Voy a cuidar mi cuerpo.....  
.....  
.....

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

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

¿Qué quiero saber sobre sexo y nunca he preguntado?  
.....  
.....



**HOJA DE APOYO**  
**SESIÓN N° 17**  
**SEXUALIDAD**

1. Para aclarar las múltiples dudas y lagunas que las sobrevivientes tendrán, se recomienda un recorrido por el área biológica que las terapeutas pueden preparar. La charla debe incluir problemas de enfermedades de transmisión sexual y protección en las relaciones sexuales.

2. Posteriormente pueden preparar un cuestionario, el cual pueden desarrollar de manera dinámica que contengan temas tales como:

Límites sexuales con su pareja.

¿Cuáles crees que son?

.....  
.....

¿Qué es sexualidad?

.....  
.....

¿Qué siente cuando está cerca de una persona que les gusta?

.....

¿Qué opina de tener sexo en este momento?

.....  
.....

¿Qué opina de la frase: El cuerpo es mío y nadie lo toca si yo no quiero?.

.....  
.....

## SEXUALIDAD

### SESIÓN N° 17

Las sobrevivientes de abuso sexual, en general han sido abusadas cuando fueron niñas, otras, cuando adolescentes por algún extraño. Tienen entonces grandes problemas y alteraciones en el área sexual. Es la introducción de las niñas (os) a una actividad sexual impropia, violenta, aterradora, por parte de una persona que debía cuidarlas y quererlas. Esta sexualización traumática puede tener muchas consecuencias en las pequeñas víctimas y si el resultado de una violación, fue un embarazo, de su padre por ejemplo, la confusión, el temor y el enojo tendrán otras implicaciones y mayores retos.

Las adolescentes pasan por el tiempo en donde la sexualidad es importante, estas heridas en lo que debió ser un desarrollo armonioso de su sexualidad, se distorsiona y pueden desarrollarse mayores preocupaciones sexuales y conductas sexuales compulsivas, actividad sexual precoz, promiscuidad, prostitución, sexualización inapropiada con sus pares. También pueden aparecer conductas fóbicas de rechazo a la intimidad sexual.

Esta sesión, debe tener entonces como objetivo fundamental un cariz educativo. Las terapeutas deben tener claras las secuelas del abuso en la sexualidad, las etapas del desarrollo de las adolescentes. Aún más, no tener prejuicios con el tema, haber trabajado su propia sexualidad para comprender sin juzgar. Los sermones no dan ningún resultado en la psicoterapia.

## SESIÓN N° 18

### CAMBIO Y ASERTIVIDAD ORGULLOSA DE SI MISMA

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

Si las sobrevivientes han llegado a esta parte del proceso ya han podido medir su fuerza, su voluntad y empezar a experimentar “el milagro de sanar”; así llamé a este proceso el día que un grupo terminó su período de tratamiento.

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

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

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

Para las adolescentes, la adquisición de poder y autonomía depende de muchos factores. Cambios controlados por sí mismas les ayudarán a enfrentar las presiones de sus pares, “la moda” y adquirir conductas no peligrosas.

Cada vez deben enfrentarse a más retos, las redes de comunicación son un avance pero también pueden acompañarse de riesgos. Se necesita mucha educación en esta etapa.

**HOJA DE APOYO**  
**SESIÓN N° 18**  
**ORGULLOSA DE SI MISMA**

Vuelva a leer los ejercicios de:

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

**Sesión N° 3:** TRATANDO CON LAS CRISIS Y LOS SENTIMIENTOS DE SUICIDIO, APRENDIENDO A CUIDAR DE SÍ MISMA

**Sesión N° 3:** AUTOESTIMA Y AUTOIMAGEN

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

.....  
.....  
.....  
.....

Escriba una lista de sus deseos más importantes.

.....  
.....  
.....

Describa las acciones a seguir para realizar estos deseos.

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

## SESIÓN N° 19

### DESPIDIÉNDOSE, GRADUACIÓN Y EVALUACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

Les advierto, también, que es posible que en otros momentos claves de su vida, cuando se casen, tengan los hijos o las hijas de la edad que tenían ellas cuando fueron victimizadas, pueden ocurrir algunos problemas. Les estímulo a que pidan

ayuda en ese tiempo dejándoles siempre la puerta abierta para que regresen cuando así lo necesiten.

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

Algunos criterios que nos indican el grado de resolución y que pueden ser útiles en nuestra evaluación del proceso de las sobrevivientes, se anotan a continuación según aparecen en el libro de Judith Herman “Trauma y Recuperación” (1997).

A partir de criterios como los de Mary Harvey, se definen elementos para considerar que el trauma está solucionado:

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

Una pequeña evaluación por parte de las participantes es apropiada ya que proporciona un sentimiento de poder evaluar su proceso y el de la terapeuta; además brinda a la organización o terapeuta información sobre la experiencia de las sobrevivientes que enriquecerán los modelos de tratamiento.

He establecido como regla darles a las sobrevivientes un galardón al final de cada proceso. Este ritual les dice lo valientes y maravillosas que son; aunado a esto, como terapeuta les expreso y lo que las quiero y admiro.





## EJEMPLO DE UNA CARTA DE DESPEDIDA:

*Setiembre*

*Querida Doctora:*

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

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

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

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

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

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

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

*MARÍA*

## EVALUACIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### EJEMPLO DEL GALARDÓN:

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

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



## BIBLIOGRAFÍA

Bass, E. & Davis, L. (1988). *The Courage to Heal*. New York: Harper and Row, Publishers.

Batres, G. (1987). *Revista Opinión Médica*. En *Las mujeres y la salud mental*. (oct-nov), p.p. 15-17 San José: Publicación del Colegio de Médicos y Cirujanos.

Batres, G. (1992). *Compilación bibliográfica sobre madres de víctimas de incesto*. San José: ILANUD. Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica.

Batres, G. (1993). *La silla de la verdad*. Libro de apoyo para niñas y niños testigos. San José: ILANUD. Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica.

Batres, G. (1998). *Tratamiento grupal: adultas y adolescentes sobrevivientes de incesto y abuso sexual*. San José: ILANUD. Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica.

Batres, G. (1997). *Del ultraje a la esperanza*. Tratamiento de las secuelas del incesto. San José: ILANUD. Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica.

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

Blume, S. (1990). *Secret Survivors*. New York: Ballentine Books.

Briere, J. (1984). *Psychological Assessment of Adult Posttraumatic States*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Burgos, N. Sharratt, S. & Trejos, L. (1988). *La mujer en Latinoamérica: perspectivas sociales y psicológicas*. Buenos Aires: Editorial Humanista.

Buttler, S. (1985). *Conspiracy of Silence*. California: Volcano Press, Inc.

Courtois, C. (1988). *Healing the Incest Wound*. Washington: W.W. Norton and Company.

Courtois, C. & Sprei, J. (1988). *Handbook on Sexual Abuse of Children Assessment and Treatment Issues*. En: Lenore Walker (Ed). *Retrospective Incest Therapy for Women*. (pp. 270-308) New York : Springer Publishing Co.

Crowder, A. & Myers, J. (1993). *Group Treatment for Sexually Abused Adolescents*. Holmes Beach, FL : Learning Publications, Inc.

Davis, L. (1990). *The Courage to Heal. Workbook*. New York: Harper an Row, Publisher.

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

Gil, E. (1988). *Treatment of Adult Survivors of Childhood Abuse*. California: Launch Press.

Harvey, M. (1996) An ecological view of psychological Trauma and recovery. *Journal of traumatic stress: Volume 9, Issue 1*. International society for traumatic stress studies.

Haseltine, B. & Peterson, L. (1990). *A Facilitator Manual for Implementing a Support Group for Female Adolescent Sexual Assault Victims*. North Dakota: Red Flag Green Flag Resources.

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

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

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

McCann, L., Pearlman, L., Sakheim, D., et al. (1988). *Assessment and Treatment of the Adult Survivor of Childhood Sexual Abuse within a Schema Framework*. En *Vulnerable Populations*. (pp. 77-102) (Vol. I). Massachusetts: Lexington Books.

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

Pynoos, R. (Ed.). (1994). *Posttraumatic Stress Disorder*. En: *Traumatic Stress and Developmental Psychopathology in Children and Adolescents*.

*A Clinical Review*. Lutherville: The Sidran Foundation and Press.

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

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

Russell, D. (1986). *The Secret Trauma*. New York: Basic Books Inc., Publishers.

Sanford, L. (1984). *Women and Self-esteem*. New York: Penguin Books.

Sgroi, S. (1982). *Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse*. Suzanne S. (Ed.) Massachusetts: Lexington Books.

Stanley B. & Caralyn B. (2013). *Estrés Post-traumático*. En *Cuaderno de Trabajo para el Tratamiento Corpomental del Trastorno de Estrés Postraumático*. (pp. 149-150) Bilbao: Desclée de Brouwer. S.A.

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





# ÍNDICE

**PRÓLOGO /5**

**INTRODUCCIÓN /9**

APROXIMACIÓN TEÓRICA ADOLESCENTES  
VÍCTIMAS DE INCESTO Y ABUSO SEXUAL /11

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO /13

INDEPENDENCIA EMOCIONAL /18

TRATAMIENTO PARA ADOLESCENTES  
SOBREVIVIENTES DE LA VIOLENCIA SEXUAL /23

TERAPIA ESPECIALIZADA CON  
PERSPECTIVA DE GÉNERO, EN TRES ETAPAS /28

## **SESIONES TERAPÉUTICAS**

SESIÓN N° 1  
PRESENTACIÓN, ESTRUCTURA Y RECOMENDACIONES.  
ESTABLECIENDO UNA ALIANZA TERAPÉUTICA /35

HOJA DE APOYO SESIÓN N° 1 /37

SESIÓN N° 2  
ESTABLECIENDO LA CONFIANZA Y UN SISTEMA DE APOYO /38

SESION N° 3  
TRATANDO CON LAS CRISIS Y LOS SENTIMIENTOS  
DE SUICIDIO, APRENDIENDO A CUIDAR DE SÍ MISMA /44

HOJA DE APOYO  
SESIÓN N° 3  
PELIGRO DE SUICIDIO /46

SESIÓN N° 4  
AUTOESTIMA Y AUTOIMAGEN /51

HOJA DE APOYO  
SESIÓN N° 4  
LISTA DE FORTALEZAS /53

SESIÓN N° 5  
LOS MENSAJES QUE RECIBIMOS  
EN NUESTRA INFANCIA EL CONTROL Y EL PODER /57

HOJA DE APOYO  
SESIÓN N° 5  
MENSAJES "DECIR NO" /59

COMPRENDIENDO EL DESORDEN  
DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO  
SESIÓN N° 6 /61

HOJA DE APOYO  
SESIÓN N° 6  
COMPRENDIENDO EL DESORDEN  
DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO /64

SESIÓN N° 7  
MITOS Y REALIDADES DEL INCESTO Y DEL ABUSO SEXUAL /66

HOJA DE APOYO  
SESIÓN N° 7  
MITOS Y REALIDADES DEL INCESTO /67

SESIÓN N° 8  
LOS EFECTOS ABUSO SEXUAL /69

HOJA DE APOYO  
SESIÓN N° 8  
CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS /75

SESIONES N° 9 Y 10  
RECORDANDO, ROMPIENDO EL SILENCIO.  
LA CULPA Y LA VERGÜENZA /82

HOJA DE APOYO  
SESIONES N° 9 Y 10  
ROMPIENDO EL SILENCIO /86

SESIÓN N° 11  
LA IRA: APRENDIENDO DE ELLA /92

HOJA DE APOYO  
SESION N° 11  
CARTA AL ABUSADOR /93

SESIÓN N° 12  
LOS SENTIMIENTOS  
APRENDIENDO A ESTAR PRESENTES /95

HOJA DE APOYO  
SESIÓN N° 12  
PARA ESTAR PRESENTE /97

SESIÓN N° 13  
VALORANDO EL GÉNERO /100

SESIÓN N° 13  
HOJA DE APOYO /101

SESIÓN N° 14  
AMIGOS (AS) /107

SESIÓN N° 15  
EL COLEGIO, ¿QUÉ NOS PASA? /110

SESIÓN N° 16  
MÍ CUERPO CAMBIA,  
ME PERTENECE Y LO RESPETO /111

HOJA DE APOYO  
SESIÓN N° 17  
SEXUALIDAD /113

SESIÓN N° 18  
CAMBIO Y ASERTIVIDAD ORGULLOSA DE SI MISMA /115

HOJA DE APOYO  
SESIÓN N° 18  
ORGULLOSA DE SI MISMA /116

SESIÓN N° 19  
DESPIDIÉNDOSE, GRADUACIÓN Y EVALUACIÓN /118

HOJA DE APOYO  
SESIÓN N° 19  
DESPIDIÉNDOSE /121

BIBLIOGRAFÍA /125

