

**UNIVERSIDAD DE PANAMA  
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO  
PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA**



**EFFECTOS DE UNA INTERVENCION GRUPAL  
EN MUJERES SOBREVIVIENTES  
DE INCESTO**

**Por  
DANIA IVONNE CARRERA HERRERA**

**Trabajo de Graduación  
para optar por el Título  
de Maestría en Psicología  
Clínica**

**PANAMA**

**2002**

74

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST-GRADO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA  
FACULTAD DE HUMANIDADES

18 JUN 2002

No. DE CÓDIGO 327-14-06-99-08

ESTUDIANTE DANIA IVONNE CARRERA HERRERA


CÉDULA 8 - 274 - 579

TÍTULO AL QUE ASPIRA: MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA DE LA TESIS EFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL EN MUJERES SOBREVIVIENTES DE INCESTO

ASESOR DR. SAMUEL PINZÓN B.


FIRMA DEL ASESOR

  
\_\_\_\_\_

FIRMA DEL ESTUDIANTE

  
\_\_\_\_\_

APROBADO POR

  
\_\_\_\_\_  
COORDINADOR DEL PROGRAMA

DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA VICERRECTORIA  
DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PANAMÁ, MARZO DE 2002

ok del autor

5955

## **DEDICATORIA**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mis padres, Jorge Carrera y Olga Herrera, cuyas vidas me han servido de inspiración para la búsqueda de la superación permanente

A mi abuela, Credia Quintero de Carrera, por escuchar y orientar con el amor y la sabiduría que sólo dan los años

A Maritza Reyes de Carrera, por el apoyo y orientación brindados durante mi crecimiento como persona y profesional.

A mis muy queridos hermanos, Jorge Manuel, Glenda Michelle y Jorge Eduardo quienes integran una importante parte de mi vida.

A las sobrevivientes adultas de incesto que aún no han podido compartir su doloroso secreto y, sobre todo, a las valientes mujeres que participaron en esta investigación, abriéndonos su corazón y permitiéndonos ser partícipes de una parte de su proceso de recuperación

A Dios, por su presencia permanente en mi vida, iluminando el camino a seguir para alcanzar mis metas y sueños

## **AGRADECIMIENTOS**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos al asesor de nuestra investigación, Dr Samuel Pinzón, quien nos ayudó a aclarar dudas e inquietudes a lo largo de la investigación

Al Dr Ramón Mon, por las guías brindadas a lo largo de nuestros estudios de Maestría y, de manera especial, las relacionadas al tema de estudio elegido

Al desaparecido Centro Pastoral de Mujeres Contra el Maltrato (CEPAM) y sus funcionarias Dora Arosemena, Dayra Dawson, Lilia Vásquez, Nidia Chase y María Antonieta Adames, por todas las facilidades brindadas para la revisión literaria, planificación y ejecución de la presente investigación

A las Magísteres Dora Arosemena y Zanya Villalobos por habernos permitido utilizar el formulario elaborado en su propia investigación sobre el incesto, en nuestro país, como punto de partida de algunas de las evaluaciones realizadas

Al personal de las Bibliotecas del Panamá Canal College, Universidad de Panamá, Universidad Santa María La Antigua y la Organización de las Naciones Unidas, quienes contribuyeron a la obtención de importante información bibliográfica sobre el incesto

A las colegas y amigas Yara Acuña, Ana Achurra, Nitzia Chiarí, Marisol Reyna, Lilia Vásquez, Ana De Obaldía, Marisa Abrego y Lilia Varela por la colaboración y apoyo brindado en la ejecución de diferentes fases de la investigación

A todas las personas que, en diferentes grados, ayudaron a la culminación del presente estudio, pero de manera muy particular a las mujeres adultas sobrevivientes de incesto que confiaron en CEPAM para compartir su historia

**“No hay ojos más tristes que los de un niño  
que observa las bajezas de los adultos”**

**- Rabindranath Tagore-**

## INDICE GENERAL

	Página
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Indice	
Resumen	1
Introducción	2
Capítulo I EL INCESTO	
A Violencia intrafamiliar	8
B Definición de incesto	12
C Antecedentes históricos	14
D. Factores etiológicos del incesto.	21
E Teorías relacionadas al incesto	27
F La herida del incesto (la teoría del trauma)	35
G Manifestaciones clínicas en las sobrevivientes de incesto	42
H Trastornos de depresión y ansiedad en las sobrevivientes de incesto	49
Capítulo II INTERVENCIÓN GRUPAL EN SOBREVIVIENTES DE INCESTO	
A El proceso de curación	61
B Etapas de la intervención	68
C Intervención grupal con sobrevivientes de incesto	75
D Grupo de Apoyo estructurado a corto plazo	85

### Capítulo III ASPECTOS METODOLÓGICOS

A Planteamiento del problema. . . . .	95
B Justificación del estudio . . . . .	97
C Objetivos de la investigación	
1 Objetivo general . . . . .	100
2 Objetivos específicos. . . . .	100
D Determinación de la estrategia de investigación	
1 Tipo de investigación . . . . .	100
2 Diseño de la investigación . . . . .	101
E Las variables	
1 Variable independiente . . . . .	101
2 Variable dependiente . . . . .	101
3 Variables interrecurrentes . . . . .	101
F Definición de términos	
1 Definiciones conceptuales . . . . .	102
2 Definiciones operacionales . . . . .	103
G Hipótesis de la investigación . . . . .	104
H Método de selección de las participantes	
1 Población . . . . .	104
2 Muestra . . . . .	104
3 Mecanismo de muestreo . . . . .	104

<b>I</b>	<b>Crterios de seleccin de participantes</b>	
1	Crterios de inclusin . . . . .	105
2	Crterios de eliminacin . . . . .	105
<b>J</b>	<b>Tcnicas e instrumentos de medicin</b>	
1	Entrevista inicial . . . . .	106
2	Escala de autoevaluacin de depresin de Zung . . . . .	108
3	Escala de autoevaluacin de ansiedad de Zung . . . . .	109
4	Cuestionario de 16 Factores de Personalidad de Catell . . . . .	110
5	Tratamiento grupal con sobrevivientes de incesto de Gioconda Batres . . . . .	112
<b>K</b>	<b>Procedimiento general de la investigacin . . . . .</b>	<b>116</b>
<b>L</b>	<b>Modelo de anlisis estadstico . . . . .</b>	<b>118</b>
<b>Capítulo IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>		
<b>A</b>	<b>Datos obtenidos durante la entrevista. . . . .</b>	<b>120</b>
<b>B</b>	<b>Resultados de las pruebas psicológicas . . . . .</b>	<b>214</b>
<b>C</b>	<b>Informes clnicos . . . . .</b>	<b>227</b>
<b>D</b>	<b>Informe de la intervencin grupal . . . . .</b>	<b>297</b>
	<b>Interpretacin de los resultados . . . . .</b>	<b>310</b>
	<b>Conclusiones . . . . .</b>	<b>355</b>
	<b>Recomendaciones. . . . .</b>	<b>366</b>
	<b>Bibliografa . . . . .</b>	<b>372</b>
	<b>Anexo</b>	

## INDICE DE CUADROS

<u>Número</u>	<u>Nombre del Cuadro</u>	<u>Página</u>
Cuadro #1	Distribución de las sobrevivientes de incesto por edad. ....	122
Cuadro #2	Distribución de las sobrevivientes de incesto por estado civil... ..	124
Cuadro #3	Distribución de las sobrevivientes de incesto según el corregimiento de procedencia. ....	126
Cuadro #4	Distribución de las sobrevivientes de incesto según estudios universitarios y ocupación laboral... ..	128
Cuadro #5	Distribución del tipo de comunicación existente en la familia de origen de las sobrevivientes de incesto . . . . .	130
Cuadro #6	Distribución de los sentimientos que se podían expresar en las familias de origen de las sobrevivientes de incesto. ....	132
Cuadro #7	Distribución de la vivencia de violencia doméstica en las familias de origen de las sobrevivientes de incesto. . . . .	134
Cuadro #8	Distribución del tipo de violencia doméstica presenciada en las familias de origen de las sobrevivientes de incesto .. . . .	136
Cuadro #9	Distribución de la persona identificada como la agresora en las familias de origen de las sobrevivientes de incesto . . . . .	138
Cuadro #10	Distribución de las actitudes ante los temas sexuales e incesto en las familias de origen de las sobrevivientes de incesto . . . . .	140
Cuadro #11	Distribución de las creencias en relación al incesto en las familias de origen de las sobrevivientes de incesto . . . . .	142
Cuadro #12	Distribución del tipo de relación existente entre las sobrevivientes de incesto y sus familias de origen. ....	145
Cuadro #13	Distribución de la descripción que las sobrevivientes de incesto hacen de su relación de pareja actual . . . . .	147
Cuadro #14	Distribución de la edad en que inició el incesto .. . . .	149
Cuadro #15	Distribución del tiempo por el que se prolongó el incesto . . . . .	151
Cuadro #16	Distribución del tipo de relación existente entre el abusador y la sobreviviente. . . . .	153
Cuadro #17	Distribución del lugar de residencia de los agresores al momento de ocurrir el incesto . . . . .	155

Cuadro #18	Distribución de los lugares donde ocurrió el incesto . . . . .	157
Cuadro #19	Distribución de las formas de abuso utilizadas por el agresor . . .	159
Cuadro #20	Distribución de los mecanismos utilizados por el agresor para involucrar a la sobreviviente . . . . .	161
Cuadro #21	Distribución de las reacciones de las sobrevivientes durante el incesto. . . . .	163
Cuadro #22	Distribución de sentimientos despertados por los ofensores en las sobrevivientes durante el incesto. . . . .	165
Cuadro #23	Distribución de las reacciones inmediatas de las sobrevivientes después del incesto . . . . .	167
Cuadro #24	Distribución de los sentimientos y reacciones experimentadas por las sobrevivientes después del incesto. . . . .	169
Cuadro #25	Distribución de la reacción del abusador al ser descubierto	172
Cuadro #26	Distribución de los familiares de las sobrevivientes que tuvieron conocimiento del incesto . . . . .	174
Cuadro #27	Distribución de otros familiares de las sobrevivientes que han sido víctimas de incesto... . . . .	176
Cuadro #28	Distribución de las personas con quienes las sobrevivientes han discutido el incesto . . . . .	178
Cuadro #29	Distribución de la recepción de tratamiento inmediato por las sobrevivientes como resultado del incesto..... . . . .	180
Cuadro #30	Distribución de las consecuencias físicas experimentadas por las sobrevivientes de incesto . . . . .	182
Cuadro #31	Distribución de las consecuencias psicosomáticas experimentadas por las sobrevivientes de incesto . . . . .	184
Cuadro #32	Distribución de las consecuencias psicológicas experimentadas por las sobrevivientes de incesto . . . . .	186
Cuadro #33	Distribución de las consecuencias sociales y familiares experimentadas por las sobrevivientes de incesto . . . . .	189
Cuadro #34	Distribución de las consecuencias conductuales experimentadas por las sobrevivientes de incesto . . . . .	192
Cuadro #35	Distribución de las consecuencias sexuales experimentadas por las	

	sobrevivientes de incesto .. .. .	194
<b>Cuadro #36</b>	Distribución de la percepción de las sobrevivientes de ser víctimas de abuso sexual en su vida adulta. .... .	197
<b>Cuadro #37</b>	Distribución de los pensamientos suicidas en las sobrevivientes de incesto . . . . .	199
<b>Cuadro #38</b>	Distribución de los métodos para suicidarse contemplados por las sobrevivientes de incesto. . . . .	201
<b>Cuadro #39</b>	Distribución de los mecanismos utilizados por las sobrevivientes de incesto para superar la experiencia del incesto .. . . . .	203
<b>Cuadro #40</b>	Distribución de los sentimientos experimentados al hablar del incesto durante la entrevista inicial. . . . .	206
<b>Cuadro #41</b>	Distribución de los sentimientos experimentados ante la futura incorporación al grupo de apoyo para sobrevivientes de incesto . . . . .	208
<b>Cuadro #42</b>	Distribución del apoyo con el que cuentan las sobrevivientes de incesto para incorporarse a la intervención grupal . . . . .	210
<b>Cuadro #43</b>	Distribución de los aspectos actuales que las sobrevivientes esperan mejorar con la incorporación al grupo .. . . . .	212
<b>Cuadro #44</b>	Cuadro descriptivo comparativo de la distribución de los factores de personalidad de las sobrevivientes de incesto, de acuerdo al test 16 FP de Catell .. . . . .	214
<b>Cuadro #45</b>	Cuadro descriptivo comparativo de los índices de depresión previos y posteriores a la intervención grupal con las sobrevivientes de incesto, de acuerdo al test de Zung . . . . .	219
<b>Cuadro #46</b>	Cuadro descriptivo comparativo de los índices de ansiedad previos y posteriores a la intervención grupal con las sobrevivientes de incesto, de acuerdo al test de Zung . . . . .	221
<b>Cuadro #47</b>	Cálculos de la t de Student para los resultados obtenidos en los niveles de depresión de las sobrevivientes de incesto . . . . .	223
<b>Cuadro #48</b>	Cálculos de la t de Student para los resultados obtenidos en los niveles de ansiedad de las sobrevivientes de incesto .. . . . .	225

## INDICE DE GRÁFICAS

<u>Número</u>	<u>Nombre de la Gráfica</u>	<u>Página</u>
Gráfica #1	Distribución de las sobrevivientes de incesto por edad. . . . .	123
Gráfica #2	Distribución de las sobrevivientes de incesto por estado civil . . . . .	125
Gráfica #3	Distribución de las sobrevivientes de incesto según el corregimiento de procedencia. . . . .	127
Gráfica #4	Distribución de las sobrevivientes de incesto según estudios universitarios y ocupación laboral . . . . .	129
Gráfica #5	Distribución del tipo de comunicación existente en la familia de origen de las sobrevivientes de incesto. . . . .	131
Gráfica #6	Distribución de los sentimientos que se podían expresar en las familias de origen de las sobrevivientes de incesto . . . . .	133
Gráfica #7	Distribución de la vivencia de violencia doméstica en las familias de origen de las sobrevivientes de incesto . . . . .	135
Gráfica #8	Distribución del tipo de violencia doméstica presenciada en las familias de origen de las sobrevivientes de incesto . . . . .	137
Gráfica #9	Distribución de la persona identificada como la agresora en las familias de origen de las sobrevivientes de incesto . . . . .	139
Gráfica #10	Distribución de las actitudes ante los temas sexuales e incesto en las familias de origen de las sobrevivientes de incesto . . . . .	141
Gráfica #11	Distribución de las creencias en relación al incesto en las familias de origen de las sobrevivientes de incesto . . . . .	144
Gráfica #12	Distribución del tipo de relación existente entre las sobrevivientes de incesto y sus familias de origen . . . . .	146
Gráfica #13	Distribución de la descripción que las sobrevivientes de incesto hacen de su relación de pareja actual . . . . .	148
Gráfica #14	Distribución de la edad en que inició el incesto . . . . .	150
Gráfica #15	Distribución del tiempo por el que se prolongó el incesto . . . . .	152
Gráfica #16	Distribución del tipo de relación existente entre el abusador y la sobreviviente . . . . .	154

Gráfica #17	Distribución del lugar de residencia de los agresores al momento de ocurrir el incesto..	156
Gráfica #18	Distribución de los lugares donde ocurrió el incesto	158
Gráfica #19	Distribución de las formas de abuso utilizadas por el agresor	160
Gráfica #20	Distribución de los mecanismos utilizados por el agresor para involucrar a la sobreviviente...	162
Gráfica #21	Distribución de las reacciones de las sobrevivientes durante el incesto	164
Gráfica #22	Distribución de sentimientos despertados por los ofensores en las sobrevivientes durante el incesto.	166
Gráfica #23	Distribución de las reacciones inmediatas de las sobrevivientes después del incesto.	168
Gráfica #24	Distribución de los sentimientos y reacciones experimentadas por las sobrevivientes después del incesto.	171
Gráfica #25	Distribución de la reacción del abusador al ser descubierto.	173
Gráfica #26	Distribución de los familiares de las sobrevivientes que tuvieron conocimiento del incesto..	175
Gráfica #27	Distribución de otros familiares de las sobrevivientes que han sido víctimas de incesto	177
Gráfica #28	Distribución de las personas con quienes las sobrevivientes han discutido el incesto.	179
Gráfica #29	Distribución de la recepción de tratamiento inmediato por las sobrevivientes como resultado del incesto . .	181
Gráfica #30	Distribución de las consecuencias físicas experimentadas por las sobrevivientes de incesto . . . . .	183
Gráfica #31	Distribución de las consecuencias psicosomáticas experimentadas por las sobrevivientes de incesto	185
Gráfica #32	Distribución de las consecuencias psicológicas experimentadas por las sobrevivientes de incesto	188
Gráfica #33	Distribución de las consecuencias sociales y familiares experimentadas por las sobrevivientes de incesto	191
Gráfica #34	Distribución de las consecuencias conductuales experimentadas por	

## RESUMEN

El propósito de esta investigación fue evaluar si el modelo de terapia grupal de tiempo limitado diseñada por la doctora Gioconda Batres, para sobrevivientes adultas de incesto, podía reducir los niveles de ansiedad y depresión que suelen observarse en esta población. Cinco sujetos fueron evaluados de forma previa y posterior al tratamiento, utilizando los tests autoevaluativos de depresión y ansiedad de Zung, y el análisis estadístico se realizó con la t de Student, para determinar el impacto de la terapia grupal. Los resultados no apoyaron la hipótesis de que el tratamiento de la doctora Batres podía reducir los niveles de ansiedad y depresión que presentan las sobrevivientes de incesto ya que, aunque la mayoría logró una disminución cuantitativa en las medidas de ansiedad y depresión, esta no fue estadísticamente significativa. Se discuten los factores que pudieron intervenir en este resultado y la necesidad de investigaciones adicionales para aclarar los factores clínicos subyacentes. De forma adicional, incluímos en el estudio información sobre algunas variables demográficas y familiares, la experiencia de abuso sexual en la infancia y rasgos de personalidad de las participantes, los cuales fueron evaluados con el test 16 Factores de Personalidad de Cattell, datos que han demostrado ser de utilidad para comprender los efectos del incesto en las sobrevivientes adultas y sus respuestas a la terapia grupal.

## SUMMARY

The aim of this study was to evaluate whether the model of time-limited group therapy design by doctor Gioconda Batres for adults survivors of incest could reduce the levels of anxiety and depression that usually are appears in this population. To determine the impact of group therapy a statistical analysis trough Student's was made. In addition, we included information of some demographic and family variables, childhood sexual abuse experience and personality traits measure by the 16 FP Personality questionnaire of Cattell, facts that has shown utility for understand incest effects in the adult survivors and their response to group therapy. Five subjects have been evaluated before and after treatment using a self reported measures of anxiety and depression scale and the results show that there was not statistically significant improvement on the levels of anxiety and depression. But, even when there was no statistic signification, the majority of subject decrease their levels of anxiety and depression, so we conclude that there is a need for further research in order to clarify the underlying clinical factors.

## **INTRODUCCION**

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se ha observado un importante despertar de conciencia sobre los efectos negativos de la violencia doméstica en nuestro devenir como sociedad, fenómeno que, lejos de ser nuevo, aqueja a la humanidad desde sus orígenes, teniendo como su principal blanco, por factores históricos y socioculturales, al género femenino

La violencia contra las mujeres, niñas o adultas, persiste como un importante problema social en gran parte debido a que nuestras sociedades han sido tolerantes con su práctica, sobre todo cuando la misma ocurre a lo interno del ámbito familiar, espacio en el que se supone garantizada la satisfacción de las necesidades de protección y seguridad de sus miembros ya que, tal como nos lo señalan Minuchin y Fishman (1981) “La familia es el contexto natural para crecer y recibir auxilio” (p 25)

A pesar de estos señalamientos, la realidad demuestra que los hogares guiados por valores intrínsecos de protección, amor y apoyo, son cada vez más la excepción y no la regla (Larraín, 1990), de forma que los mismos se han vuelto los lugares donde muchas personas, principalmente mujeres, son duramente maltratadas, situación favorecida por las creencias culturales que han condicionado a las víctimas a sentirse indefensas y sin alternativas a las cuales acudir en auxilio Aspecto más preocupante aún por el hecho de que, tal como lo señala la UNICEF (1992), este tipo de violencia

“Deja huellas indelebles en sus víctimas con consecuencias que se transmiten también, en forma de violencia, a otras generaciones impidiendo romper con ella y con la cadena de males que conlleva” (p 18)

En el caso particular de las niñas, esta situación de indefensión es más grande todavía ya que, a causa de su corta edad, se encuentran menos capacitadas para hacer frente a la violencia generada dentro de sus familias, siendo el abuso sexual la forma

que más secuelas negativas implica y que, de acuerdo a la Asociación Norteamericana de Medicina (1995), se ha constituido en una violenta epidemia silenciosa.

Investigaciones realizadas en los Estados Unidos han encontrado que aproximadamente una tercera parte de todas las mujeres, abordadas al respecto, revelan historias de abuso sexual durante su infancia, sobresaliendo que, en la mayoría de los casos, los agresores eran personas con quienes se sostenían vínculos de confianza. Hecho que, cabe señalar, ha sido identificado como el principal factor asociado a la existencia de efectos postraumáticos de larga duración (Alexander, et al., 1989, Chasan y Tabachnick, 1999)

Es así como se ha establecido que los abusos sexuales a niñas/os, tales como el incesto, constituyen uno de los mayores problemas sociales que enfrentamos en la actualidad y que sus secuelas, entre las que destacan el miedo, la ansiedad, la vergüenza, la culpa, la depresión y los problemas adictivos, proyectan tristes efectos sobre la adultez de sus sobrevivientes

A pesar de estos señalamientos, todavía es difícil determinar el número de sobrevivientes adultas de incesto correspondientes a una comunidad o un país, toda vez que se conoce que por cada caso reportado existen, en promedio, diez en la oscuridad, realidad a la que Panamá lamentablemente no escapa. Así, se observa que, al igual que en otros países, aún existe mucha resistencia entre los profesionales de la salud mental a abordar esta problemática, sobre todo porque a muchos se les ha entrenado para negar la magnitud de la misma, situación que dificulta determinar el número de casos reales que acuden a atención sanitaria por las consecuencias físicas y emocionales derivadas de la situación incestuosa, tanto como brindarles las atenciones terapéuticas que su condición exige

Aún cuando, en los últimos años, ha habido un creciente interés por parte de diferentes investigadores en comprender las dificultades enfrentadas por las sobrevivientes adultas de incesto y evaluar los efectos de las intervenciones terapéuticas destinadas a esta población, se conocen pocas investigaciones en las que se estudien los alcances obtenidos en los enfoques de tipo grupal, mismos que, en fechas recientes, han sido ampliamente recomendados para mejorar su funcionamiento psicosocial y disminuir su sintomatología traumática, particularmente la relativa a los niveles de depresión y ansiedad

En vista de que, en nuestro país, no se han realizado investigaciones que evalúen la efectividad de las terapias grupales con las sobrevivientes de incesto, nos interesó analizar el modelo de tiempo limitado diseñado y aplicado por la doctora Gioconda Batres, en Costa Rica, a fin de determinar si el mismo es una alternativa factible para nuestra población. Investigación que nos pareció de suma importancia al considerar la amplia variedad de secuelas negativas que presentan las sobrevivientes adultas de incesto y la necesidad de contar con modelos terapéuticos confiables con los que atender su problemática emocional

Por lo antes expuesto, ha sido nuestro interés contribuir a la comprensión de las características de esta problemática en Panamá, con la expectativa de que los resultados aquí presentados estimulen la realización de estudios de mayor solidez y profundidad, medida que sería de indudable beneficio para nuestra sociedad y familias

Esta presentación está organizada en cuatro capítulos. En los dos primeros se abordan aspectos generales, tales como los antecedentes históricos del incesto, las definiciones de este concepto, las teorías que explican el abuso sexual en la infancia, las manifestaciones clínicas en las sobrevivientes, las consideraciones a tener presente en la terapia y el manejo de la intervención grupal de tiempo limitado. En el tercer capítulo

tratamos lo concerniente a la metodología seguida para desarrollar el presente estudio, los objetivos que se buscaban y los instrumentos que se utilizaron con ese fin. Finalmente, el cuarto capítulo tiene como objetivo el análisis de los resultados obtenidos, por medio de los instrumentos utilizados, y la discusión de los aspectos más relevantes que surgieron como producto de la investigación.

**CAPITULO I  
EL INCESTO**

## **A. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

Desde el punto de vista psicológico existe un consenso general acerca del papel que ejerce el ambiente familiar en el logro de una vida adulta saludable, pues se ha demostrado la importancia de las primeras relaciones psicoafectivas en este proceso (Picota, 1999, Annan, 2000) De forma que, como lo manifiestan Bowlby et al (1966)

“ existe creciente evidencia de que la calidad del cuidado parental que el niño recibe, en su primeros años, es de importancia vital para su futura salud mental” (p 11).

Al respecto, Freud hace énfasis en el importante papel que juegan los padres y otras autoridades en el futuro desarrollo de los niños/as, sosteniendo que la estructura de la personalidad queda determinada por las primeras experiencias infantiles, particularmente por el vínculo con las figuras parentales (Dicaprio, 1989)

Del mismo modo, Eliana Roca (1996) nos cita lo que establece la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño

“ .los niños para el pleno desenvolvimiento armonioso de su personalidad, deben crecer en el seno de la familia, en su ambiente de felicidad, amor y comprensión” (p 171)

Sin embargo, la familia no escapa de la organización jerárquica que observamos en la sociedad donde unas personas poseen el poder y control sobre otras consideradas más débiles De manera que esta institución que debería proteger y garantizar el crecimiento integral de todos sus miembros, en muchas ocasiones, sustenta creencias que favorecen la desigualdad y la explotación de sus integrantes más frágiles (Young, 1994, Gómez, 1996, Chaverri et al , 1997, Ponce, 1999, Rojas, 2000, Muñoz, 2000; Carrera, 2001), práctica que es principalmente discriminatoria con las mujeres, niñas y niños, ya que como lo indica Jelin (1994)

**“La violencia familiar tiene género las víctimas son las mujeres en la relación conyugal, las niñas y en menor medida los niños en la relación filial” (p 88)**

Contexto amplio en el que el fenómeno de la violencia contra la mujer es definido por la Asamblea General de las Naciones Unidas (1993), citada por el Comité Latinoamericano por los Derechos de la Mujer- CLADEM (1997), como

**“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que resulte o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, ya ocurra en la vida pública o en la privada” (p. 68).**

A pesar de que se trata de una problemática social de alarmantes proporciones y ramificaciones, toda vez que diversas investigaciones señalan que en algún momento de sus vidas más de la mitad de las mujeres de Latinoamérica han sido objeto de agresiones en sus hogares (Carcedo y Verbaken, 1992, Corsi, 1995, Banco Interamericano de Desarrollo, 1997), históricamente se ha mantenido como uno de los abusos contra los derechos humanos menos reconocidos. Situación que se refleja en la ausencia de registros confiables sobre su incidencia y que persiste aún cuando en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena (1993) se estableció que los derechos humanos de las mujeres y las niñas constituían una parte indivisible de los derechos humanos universales.

Así, encontramos que la violencia dentro del núcleo familiar es uno de los problemas más serios que confrontamos como sociedad, siendo siempre negativa y perjudicial para sus integrantes. No obstante, su uso generalizado y socialmente aceptado ha dado lugar a que muchas de nuestras familias utilicen este modelo como una alternativa aceptable para resolver sus conflictos (Centro Pastoral de Mujeres Contra el Maltrato-CEPAM, 1992, Leiro, 1994)

Para millones de mujeres, los actos violentos dentro de la familia son parte de su vida cotidiana y, lamentablemente, las estadísticas mundiales demuestran que, entre los mismos, los abusos sexuales sufridos en la infancia son cosa común en la vida de muchas de ellas. Definiendo David Finkelhor (1992), citado por Quirós (1997), a este tipo de abuso como

“La actividad sexual (ya sea actos únicos o durante períodos extensos) que involucra a un niño y que ocurre en una relación que se considera explotadora en virtud de la diferencia de edades o por la relación de responsabilidad de cuidado y protección que existe con un niño, y/o como resultado de la fuerza, amenaza o intimidación” (p 85)

Mientras que la Asociación Norteamericana de Psicología, citada por Chaverri et al (1997), le describe como

“ el involucramiento deliberado de un niño, una niña, una o un adolescente, en actividades sexuales para las cuales no está preparado/a y a las que no puede dar consentimiento, por parte de un padre, una madre, un miembro de la familia u otra persona en posición de poder y confianza” (p 47)

Abusos de los que, sólo en los Estados Unidos, de acuerdo a la Academia Norteamericana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes (1998)

“Se reportan arriba de 80,000 casos anuales (estimándose que) el número de los casos no reportados es mucho mayor” (p 1)

Consideraciones numéricas que en los países latinoamericanos se encuentran lejos de ser precisadas en función de cifras reales ya que, a pesar de los graves y prolongados efectos que tienen los abusos sexuales en sus víctimas, no deja de ser cierto que las estadísticas con las que contamos en la actualidad son “incompletas y controversiales”, como lo señala la Watton Community Church (1999), pues

“La mayoría de los niños abusados y descuidados nunca llamarán la atención de las autoridades. Lo

que es especialmente cierto para los niños abusados sexualmente” (p. 1)

En relación a estos abusos, Cefemina (1991), McClendon (Noviembre 1991) y Carcedo y Verbaken (1992) destacan al incesto como la forma más frecuente, destructiva y traumática de la violencia contra los miembros más desprotegidos de la sociedad denominándolo, además, como “el secreto mejor guardado” por lo difícil que es para sus víctimas revelarlo y obtener la ayuda que impida que se vuelva a repetir

Para diferentes autores (Dowdeswell, 1987, Forward y Buck, 1991, Bradshaw, 1991, Bass y Davis, 1995, Perrone y Nannini, 1997, Paniamor, 1998, Canfield y Sarnocky, s.a.), en no pocas ocasiones, el primer obstáculo para que las víctimas compartan lo que les está ocurriendo es superar el temor de que al hablar causarán la desintegración de su familia, sentimiento que inclusive suelen conservar durante su vida adulta

La ausencia de respuestas sociales efectivas del entorno tampoco contribuye a la búsqueda de ayuda, máxime cuando aún se mantiene el tema del incesto como un tabú difícil de abordar por el desagrado y repugnancia que genera. Así, encontramos que el incesto puede prolongarse por años ante la indiferencia de la sociedad, en general, y de los profesionales en mayor contacto con sus sobrevivientes, en particular, quienes tienden a evadirlo negando su gravedad y prevalencia (Lawrence y Froning, 1992, American Psychological Association, 1996, Academia Norteamericana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, 1998)

Lo cierto es que los casos de incesto siguen ocurriendo, entre otras cosas, debido a que el contexto cultural existente le permite al hombre sentirse con el derecho de dominar a los miembros de su familia, condiciones en las que, como lo afirma Flores-Ortiz (1995) “es un crimen que es fácilmente ignorado y descartado” (p. 9)

## **B. DEFINICIÓN DE INCESTO**

A pesar del interés despertado por el abuso sexual infantil en las últimas décadas, se observa que los estudiosos de esta problemática no han logrado establecer una definición común al respecto, situación que ha limitado, de forma significativa, los esfuerzos de investigación y tratamientos llevados a cabo para incrementar su comprensión (Hauggard, 2000)

En el caso particular del concepto “incesto”, reviste mayor dificultad intentar conjugar sus implicaciones legales y psicológicas, toda vez que si nos atenemos a la definición legal clásica, en la que se implica una penetración sexual entre parientes, excluimos a una impresionante cantidad de personas que sufren sus consecuencias sin haberse percatado de que han sido víctimas del mismo, mientras que, si nos ubicamos en la concepción psicológica del incesto, que abarca una gran variedad de comportamientos, podemos obtener una perspectiva más amplia del fenómeno

Al revisar la evolución de este concepto, nos percatamos de como las primeras definiciones describían una relación sexual que se desarrollaba entre personas vinculadas por grados de familia (Rehaim, 1986, Correa y Correa, 1992), mientras que los enfoques más recientes, surgidos a raíz de las intervenciones terapéuticas, enfatizan la ruptura de un vínculo de confianza más que la relación cosanguínea (Batres, 1994), planteamiento que ha permitido ampliar la percepción que la profesión médica, las ciencias sociales y la esfera judicial tenían sobre este tópico

De esta manera, Durran y White (1990) aseveran que incesto es

“.. cualquier acto sexual impuesto a un joven o niño por otra persona (usualmente un hombre), que toma ventaja de su posición de poder y confianza dentro de la familia” (p 10)

Cefemina (1991) asevera que este concepto hace referencia a un

“abuso o agresión sexual contra menores de parte de familiares adultos o de adultos en posición de autoridad y confianza frente a las víctimas” (p 32).

Para Echandi (1993) el incesto se refiere a

“cualquier acto con cariz sexual entre un adulto en posición de autoridad y una niña o un niño en posición de dependencia. El adulto puede ser un miembro de la familia o una persona quien tiene la responsabilidad del cuidado y la seguridad del niño(a)” (p 18).

Por su parte Batres (1997) le define como

“toda agresión de índole sexual, indirecta o directa entre una niña o niño y un adulto o adulta, que mantenga con la niña o el niño lazos caracterizados por la amistad, confianza, afecto, parentesco o autoridad” (p 24)

Para Blume(1990), citada por McClendon (Agosto 1991), el incesto puede ser visto como

“ la imposición de actos sexuales inapropiados, o actos con insinuaciones sexuales, o cualquier utilización de un menor para satisfacer las necesidades sexuales o sexual-emocionales de una o más personas quienes derivan su autoridad a través de los lazos emocionales existentes con el niño” (p 2)

Cabe señalar que existen una serie de comportamientos más sutiles que entran en lo que Forward y Buck (1991) denominan “*Incesto Psicológico*”, en el cual si bien el abusador no suele tocar ni agredir sexualmente a su víctima, comete actos que atentan contra su intimidad y seguridad, en formas tales como espiarle cuando va al baño o hacerle frecuentes comentarios seductores

También se menciona al “*Incesto Emocional*” para hacer alusión, como lo explica Burney (1999), a las conductas que ocurren

“ cuando un niño se siente responsable del bienestar emocional de sus padres (situación que) es devastadora para la habilidad del niño de

establecer vínculos y hacerse cargo de sus propias necesidades al convertirse en un adulto” (p. 2)

Cabe señalar, en relación al incesto psicológico y emocional, que las investigaciones clínicas han encontrado que sus sobrevivientes manifiestan los mismos sentimientos que experimentan las víctimas de violación, los cuales se acompañan de la sintomatología observada en las personas incestadas

En base a las definiciones anteriormente presentadas se amplía la concepción tradicional de quien puede ser el agresor para incluir a cualquier persona que tenga influencia en el devenir de un niño, de manera que se infiere que el abusador puede ser el padre, padrastro, tío, abuelo, hermano, primo, doctor, sacerdote, ministro, vecino, profesor de la escuela, líder explorador o un amigo de la familia (Bradshaw, 1990, McClendon, 1991, Mejía, 1995)

Con este punto de partida, el incesto debe ser comprendido como un crimen que se expresa en un contexto de poder, en el que una persona adulta se aprovecha de una niña o niño que tiene menos poder, prescindiendo en muchas ocasiones de la utilización de la fuerza física. En estas condiciones no sólo el cuerpo es violado sino también los límites psicológicos y su capacidad de confiar (Batres, 1994), observándose que es la traición a los lazos de confianza la que “puede producir las consecuencias psicológicas más devastadoras” (Flores-Ortiz, 1995, p 3)

### **C. ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

La presencia de diferentes modalidades de violencia a lo interno de la familia no es novedad de nuestra época, ya que, desde antes de la era cristiana, su incidencia ha sido reportada prácticamente en todas las sociedades, siendo aceptada social y legalmente, hasta hace muy poco, en la mayoría de los países Sin embargo, no es sino

hasta hace poco que el tema se ha discutido como parte de la realidad que viven o han vivido muchas personas, principalmente mujeres.

La realidad es que, tanto en el mundo público como en el privado, las mujeres han estado expuestas a contextos violentos en los que son relegadas a un segundo plano, con el agravante de que el hogar tampoco ha sido un lugar seguro para ellas, ya que allí han sido oprimidas, abusadas y discriminadas por aquellos a quienes quieren y en quienes se les ha enseñado a confiar y a respetar (Barb et al , 1997)

Al revisar los registros históricos, podemos encontrar hechos que explican el papel de subordinación que las mujeres y los niños/as enfrentan en la sociedad actual y las condiciones en que se permiten los abusos sexuales dentro del contexto familiar (Finkelhor, 1989, Walker, 1990, Batres, 1995, Gómez, 1996; Ponce, 1999, Golcher, 2000, Lorente et al., 2000)

En pueblos antiguos como el Griego, Indio, Caldeo y Persa, los abusos eran justificados por un sistema social y legal que describía a las personas como propiedad de aquellos de quienes dependían, de forma que los niños/as eran vistos como un valor comercial que podía ser vendido por un determinado valor o eliminado (Fontana, 1974, Justice y Justice, 1976; Correa y Correa, 1992) Así, encontramos que pensadores como Aristóteles, citado por Osorio y Nieto (1981), sostenían que “Un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto” (p 14)

En la época Romana, un hombre tenía la libertad por ley de asesinar a su esposa por adulterio, embriaguez o asistir a juegos públicos (Calvo, 1996), pues, tal como lo indican Arosemena y Villalobos (1995), de acuerdo a la Ley Romana

“ Un hombre tenía derecho sobre la vida y la muerte de todas las personas de su familia. Las esposas podían ser compradas, vendidas, castigadas”  
(p 15)

Códigos como el de Hammurabi (2100 antes de Cristo) y el Hebreo (800 antes de Cristo) consideraban prácticas como el infanticidio, por parte de los padres, como una medida aceptable (Steinmetz, 1988)

Existen referencias históricas que registran como la pederastia, la prostitución infantil y el incesto eran prácticas frecuentes en todas las clases sociales de la sociedad Bizantina (324-1453 después de Cristo), a pesar de que la misma se caracterizaba por estrictos parámetros legales y religiosos que castigaban el abuso sexual a los/as niños/as (Lascaratos y Poulakou-Rebelakou, 2000)

Durante la Edad Media, era tan indiscutible el derecho de los hombres para golpear a sus parejas que las esposas podían ser quemadas vivas por poco más que contestar a un reclamo de sus cónyuges (Bradley, 1996) En Europa, la Ley Civil confería derechos de propiedad sobre la esposa. En el Siglo XIII, tanto el Código Canónico como el Civil establecían el derecho a golpearla, práctica que se mantuvo con el apoyo de la iglesia en América durante la Colonia

En el Siglo XIX, época en que el contexto cultural no consideraba abusivas las agresiones físicas y sexuales a los/as niños/as y las mujeres, los estudios efectuados en la morgue de París incluían la exhibición de niños/as golpeados/as y atacados/as sexualmente por sus custodios, hallazgos que, en no pocas ocasiones, fueron relacionados con las figuras parentales (Vizard, 1990)

No fue hasta finales del Siglo XIX que se permitió a la mayoría de las mujeres casadas en Inglaterra tener propiedades a su nombre, siendo el concepto de propiedad del propio cuerpo desconocido para las mujeres de la época victoriana

Para 1970 en países como Escocia e Irán se comenzaron a considerar ilegales las golpizas a la esposa y, apenas en 1975, se permitió a las mujeres en los Estados Unidos el derecho de demandar a sus esposos maltratadores (Calvo, 1996)

Así, observamos que al esposo se le ha permitido aplicar medidas coercitivas contra su esposa, apoyado en no pocas ocasiones en reglamentos legales que de hecho dejaban desprotegidas a las mujeres frente a los abusos de sus consortes y que hacían desaparecer cualquier supuesto de igualdad ante la ley (Batres, 1995)

De esta manera, a lo largo de la historia se destaca la percepción de la mujer como propiedad del hombre, al igual que sus hijos e hijas, con lo que se establece una connotación de pertenencia al varón que conduce a la pasividad y aceptación, como mecanismo de supervivencia por parte de la mujer, ante su condición inferior en la familia y en la sociedad

En este ambiente florece el incesto, pues al concebir los hombres a las mujeres y sus hijos e hijas como sus vasallos visualizan su abuso, dentro del contexto familiar, como una extensión de su poder sexual

A pesar de que hoy en día se reconoce que el incesto no es nuevo en nuestras sociedades, el secreto que siempre le ha rodeado ha contribuido a que contemos con pocos registros escritos sobre su incidencia, salvo las referencias que se encuentran del mismo en algunas versiones de cuentos infantiles y folklóricos de diferentes países, tales como cenicienta (Herman, 1981)

El interés profesional respecto al abuso sexual de niños y niñas empezó con la publicación de varias historias de incesto en un libro sobre psicopatías sexuales, en el año 1886, preocupación que no fue retomada nuevamente hasta los años cincuenta. No obstante, durante los siguientes veinte años la profesión médica, que se encontraba más interesada en propiciar la liberación de las normas sexuales, se enfocó en citar teorías e investigaciones que desestimaban la gravedad de las consecuencias de los abusos sexuales, actitud que se mantuvo hasta que el reconocimiento del “Síndrome del Niño Maltratado” por los estudios realizados por Kempe y otros investigadores, a finales de

los años sesenta, no pudo ocultar por más tiempo la magnitud de los abusos sexuales en la infancia (Haugaard y Dickon, 1988)

Sin embargo, no es hasta la década de los setenta cuando el movimiento feminista, en su lucha por abrir a la discusión pública el impacto de la cultura sobre el desarrollo psicológico de las mujeres y la realidad de opresión que las mismas sufrían, brinda el espacio necesario para que se retome esta temática como digna de investigaciones serias. Momento en que se hace evidente la magnitud del incesto, se le redefine como un crimen de violencia más que un acto sexual y, por primera vez, aparece en una ley federal de los Estados Unidos el concepto “abusos sexual infantil”, lo que favorece un incremento en el número de investigaciones y programas de prevención y tratamiento (Haugaard y Dickon, 1988, Peled et al , 1995, Bass y Davis, 1995)

Otro avance importante fue alcanzado en la década de los ochenta, cuando los esfuerzos llevados a cabo por lo veteranos de guerra que sufrían trastornos emocionales a causa del fuerte estrés por el que habían pasado, contribuyeron a aumentar la comprensión sobre los efectos a largo plazo en las víctimas de agresiones sexuales, dentro y fuera de la familia, quienes básicamente presentaban los mismos síntomas de sufrimiento emocional extremo que manifestaban los que habían pasado por situaciones de lucha y cautiverio (Herman, 1992; Fishman, 1995)

En la actualidad, diferentes investigadores de los abusos sexuales en la infancia (Herman, 1981, Kempe y kempe, 1985, Walker, 1996, Gil, 1997) coinciden en la opinión de que las estadísticas de hace veinte años sobre el tema del incesto eran poco fiables, pues estos hechos rara vez eran denunciados bajo la premisa de que se trataba de “asuntos de familia” Sin embargo, tal como lo manifiesta Fulmer (1992)

“Los estudios actuales establecen que más del 10% de la población femenina es sobreviviente de

incesto, y que un porcentaje alarmantemente alto ha experimentado abusos sexuales no denunciados fuera de la familia” (p 257)

En esta ausencia de registros también ha interferido la connotación de tipo sexual que reviste el incesto el cual aún se mantiene como un tabú reconocido en la mayoría de las culturas a lo largo de la historia, asentándose sus orígenes en las épocas primitivas en las que las relaciones sexuales entre parientes eran permitidas. De acuerdo a Pittman (1995), el grado de prohibición del incesto ha variado entre épocas y sociedades por lo que no es extraño que lo hayan practicado:

“ .la realeza egipcia, los emperadores romanos y los papas medievales. En cambio, en los comienzos del cristianismo la prohibición fue tan rígida que ni siquiera los dos testigos de bautismo de un mismo niño podían unirse en matrimonio” (p 374)

Al evolucionar la sociedad, se abre paso a la familia monogámica en la que el incesto dejó de ser aceptado, pues era un factor que contribuía a la desestabilización de las familias e incrementaba la posibilidad de trastornos genéticos. Como consecuencia de esta nueva percepción sobre el incesto, la práctica del mismo se volvió un tabú cuya incidencia, a pesar de ser sorprendentemente amplia, se escondió y negó (Fulmer, 1992). No obstante, existen estudios epidemiológicos en los Estados Unidos que indican que alrededor del 1% de los niños/as (aproximadamente de 100,000 a 1,000,000) están envueltos en una relación incestuosa con una figura parental (Haugaard y Dickon, 1988, Gabbard, 1995).

Un personaje que también contribuyó a la formación de estos tabúes y mitos fue Sigmund Freud quien justificó, por años, el incesto señalando que era producto de fantasías infantiles reprimidas más que un hecho real. A este respecto, Engler (1996), señala que, en fechas recientes, Freud ha sido criticado por

“ abandonar su primera teoría de la seducción, la cual sostiene que la neurosis adulta era causada por

incidentes reales de abuso sexual en la infancia, a favor de una teoría que consideraba a la fantasía sexual infantil ..como contribuyente primario para la neurosis” (p 46).

Autores como Vizard (1990), explican esta acción de Freud como respuesta a las reacciones de asombro e indignación de sus colegas al presentar su teoría, lo que le hizo reconsiderar sus planteamientos a fin de proteger su carrera profesional. Otros, como Herman (1981), afirman que a pesar de que él inicialmente creyó los relatos de sus pacientes y reconoció el significado de sus revelaciones se retractó. “por serle difícil creer que estos hechos se daban en familias respetables ” (p 9)

Lo cuestionable de su acción se centra en haber puesto un velo de secreto sobre el tema de los abusos sexuales a los niños/as, pues al modificar su posición inicial, de acuerdo a Batres (1995)

“distorsionó la verdad sobre la victimización sexual femenina, para ajustarla a los valores de la época y a los propios, contribuyendo al mito de que las niñas fantasean sobre su victimización, la provocan o son cómplices” (p 44).

Planteamiento que fue más censurable aún cuando se orientó a disminuir el impacto del incesto y moderar la respuesta a estos hechos ya que, en su opinión, las actitudes moralistas de los padres o familiares eran más dañinas que la agresión en sí misma.

La consecuencia a largo plazo de las afirmaciones de Freud aún tienen la percepción de muchos profesionales de la salud mental y de la ley que mantienen la fuerte creencia de que las niñas/os mienten al señalar ser abusados (Rojas, 1998; Del Monte, 2000) Así, encontramos que esta posición promovió la difusión del secreto y la agresión sexual hacia los menores en el contexto familiar, toda vez que, a través de la historia, se catalogaban sus revelaciones como “inventos” o “fantasías” (Herman, 1981)

En este punto, nos parece oportuno señalar que, ante los recientes cuestionamientos que se hacen en relación a la posible inducción de “recuerdos falsos” en las sobrevivientes de incesto, algunos estudiosos de esta problemática (Lawrence y Froning, 1992, Olafson et al., 1993; Bass y Davis, 1995, Batres, 1997, Rojas, 1998) se han pronunciado explicando esta situación como un nuevo intento por suprimir los mayores niveles de conciencia pública y profesional existentes respecto a la magnitud del incesto, conducta que, si bien puede ser comprendida como producto de la necesidad que tenemos como seres humanos de negar el alcance de los abusos sexuales a niños/as en el ámbito familiar, también es percibida “como un recurso para mantener la impunidad de los ofensores y la revictimización de las sobrevivientes” (Batres, 1997, p 42) De forma que, para autores como Rojas (1998)

“El tumulto de esta controversia es un reflejo del tabú, el secreto, el estigma, la suspicacia y la negación colectiva que siempre ha rodeado el incesto” (p. 1)

#### **D. FACTORES ETIOLÓGICOS DEL INCESTO**

Partiendo de que los abusos sexuales contra los niños y niñas ocurren en todos los estratos de la sociedad y no se circunscriben a ningún tipo particular de raza, cultura, nivel educativo o socioeconómico, utilizaremos la división de los factores determinantes en sociales y familiares División arbitraria destinada al estudio del fenómeno, pues ambos factores se entrelazan en su incidencia

##### **D.1. SOCIALES**

Este punto de vista sostiene que la violencia contra las mujeres se origina en los valores patriarcales de nuestra sociedad que le dan poder a los hombres, haciéndoles sentir que sus necesidades están por encima de los otros Esta situación conduce al establecimiento de desigualdades jerárquicas entre los sexos y a que los hombres se

sientan con el derecho legítimo de ejercer violencia contra las mujeres (Hooper, 1995)  
Así, se observa que el factor subyacente es la percepción de las mismas como objetos de dominación por los hombres, de manera que, como lo indica Batres (1995)

“La violación sexual, el abuso sexual de niños, la agresión física a mujeres y el hostigamiento sexual, no son problemas distintos y el comprender sus interrelaciones ayuda también a comprender a cada uno de ellos” (p 40)

Esta percepción no es una novedad de nuestra época, pues teóricos de la corriente culturalista dentro del psicoanálisis, tales como Karen Horney, Clara Thompson y Alfred Adler, cuestionaron, incluso antes que el movimiento feminista, como las actitudes y valores imperantes en la sociedad influían en la formación psicológica de las mujeres, a quienes se ubicaba en una posición inferior en base a justificaciones biológicas (Dicaprio, 1989, Doherty y Enders, 1993)

En estas condiciones, el incesto aparece como el resultado del sexismo y poder excesivo del hombre, legitimizados a través de la familia patriarcal (Brisco et al., 1992, Flores-Ortiz, 1995, Ponce, 1999), toda vez que, como lo señalan diferentes estudios, el incesto es más frecuente en las familias donde el padre ejerce sin limitaciones su control sobre sus hijas Opinión compartida por Antony (1990), quien indica que “a mayor supremacía del varón en las culturas, mayor es la posibilidad de incesto padre-hija” (p 31)

No es que la estructura social existente cause la violencia familiar y el incesto, pero su apoyo a los valores y creencias patriarcales, a través de la cultura y costumbres tradicionales, contribuyen a que estas problemáticas se mantengan y oculten (Gómez, 1996, Barb et al., 1997, Quirós, 1997)

## **D.2 FAMILIARES**

La familia idealmente es un espacio donde se desarrollan el afecto y la intimidad entre sus miembros componentes, pero para muchas personas es también el lugar donde se viven innumerables agresiones, de manera que, como lo afirma Jelin (1994): “La familia es al mismo tiempo el lugar del amor y de la violencia” (p 88)

Las investigaciones demuestran que el incesto es más frecuente en aquellos hogares en que se desarrollan dinámicas violentas (Yerli, 1985, Cefemina, 1991, Ferreira, 1992, Hooper, 1995, American Psychological Association, 1996), encontrándose que alrededor de un 75% de las esposas de los hombres que abusaron sexualmente de sus hijos, por lo menos en una ocasión habían sido maltratadas física o psicológicamente por sus consortes (Flores-Ortiz, 1995)

Autores como Herman (1992), Batres (1995) y Perrone y Nannini (1997) señalan que, de manera particular, la aceptación de formas de agresión sexual, tales como las relaciones sexuales forzadas dentro del matrimonio, postura con la que se proyecta la concepción de que tener sexo es principalmente un deber más que una opción personal, favorece que estas conductas sean posteriormente dirigidas hacia otros miembros de la familia. Además, al ser perdonados estos actos, de acuerdo a Arosemena y Villalobos (1995)

“Los agresores aprenden que es permitida su repetición, que pueden continuar ultrajando a estas personas, porque son de su propiedad” (p 90)

Krugman (1987), citado por McClendon (1991), utilizó el concepto de “triangulación a través de las generaciones” para explicar como se organiza y transmite la violencia intrafamiliar indicando que, como en el patrón comúnmente asociado al abuso sexual, cuando los padres no pueden lidiar con la tensión y el conflicto usan a los niños/as para hacerles frente, de modo que

“el niño es elevado a nivel de la jerarquía parental y el sistema se estabiliza a través de la *inversión de roles* .(en la que a) un niño le puede ser asignado el rol de padre sustituto para otros niños o, en el caso del incesto padre-hija, en la esposa substituta” (p 4)

De esta manera, se observa que en aquellas familias que no cuentan con paridad en los niveles de poder entre sus diferentes miembros, en muchas ocasiones, el matrimonio hace recaer en los niños/as la responsabilidad de mantener la energía del sistema. Así, el padre que no está satisfecho con su esposa puede dirigirse hacia su hija para satisfacer tanto sus necesidades sexuales físicas como las emocionales (Bradshaw, 1991, National Adoption Information Clearinghouse, 2000), lo que en sí mismo constituye un abuso, pues los padres deben satisfacer las necesidades de sus hijos no utilizarlos para satisfacer sus propias carencias (Herman, 1981)

En el caso particular de los contextos familiares en que ocurre el incesto, se han descrito una serie de características que abonan el terreno para que esta problemática se pueda desarrollar, presentándose estas familias como sistemas aislados y patológicamente organizados, en los que predominan los vínculos cerrados, las reglas rígidas que rigen todas las facetas de la interacción cotidiana, la ausencia de intercambio de información con el mundo exterior o excesiva permeabilidad y un patrón de interacciones que se perciben cargadas de situaciones seductoras (Courtois, 1988; Braun-Scharm y Frank, 1989, Forward y Buck, 1991; Louredo, 1991, Lawrence y Froning, 1992, Frank, 1992, Flores-Ortiz, 1995, Perrone y Nannini, 1997) De forma que, de acuerdo a Pittman (1995), estas familias

“ .carecen de una negentropía suficiente para permitir la diferenciación generacional y son demasiado homeostáticas. (con lo que) tienden a mantener por años su estructura desordenada.. ” (p 382)

En estas condiciones, la norma de guardar el silencio se presenta como el principal instrumento que permite mantener la negación y distorsionar la realidad y, con esto, garantizar el equilibrio y sostenimiento del sistema. Así, los miembros construyen sus estilos de vida a fin de evitar a toda costa ser descubiertos, esforzándose por brindar una apariencia exterior de “normalidad” que, de ser exitosa, permite que los abusos sexuales se repitan a través de diferentes generaciones (Semillas para el Cambio, 1985, McClendon, 1991, Frank, 1992; Santamaría e Icaza, 1996, Perrone y Nannini, 1997), surgiendo a la luz pública sólo al darse un cambio drástico en la situación familiar: la aparición de un embarazo, enfermedades venéreas o psiquiátricas, fugas del hogar o una disputa familiar (Dowdeswell, 1987, Kempe y Kempe, 1985).

En relación al papel juzgado por las figuras parentales en las familias incestuosas, cabe aclarar que, aún cuando se ha intentado adscribirles características de personalidad diferentes, no se ha encontrado evidencia clínica de que estas figuras difieran en relación a sus rasgos de personalidad, mismos que tampoco tienden a desviarse del rango normal, salvo en que tienden a la inadecuación social (Smith y Saunders, 1995)

No obstante, según algunos autores, no es extraño observar que en estas familias el padre presente características específicas, tales como que suele mantenerse muy centrado en la familia, es introvertido, tiende a ser despótico, autoritario y físicamente agresivo. En los casos en los que es el agresor sexual, de forma adicional, se reporta una historia de traumas sin resolver (antecedentes familiares de abandono, abuso y explotación), dependencia, falta de madurez y sentimientos de ineficiencia (Antony, 1990, McClendon, 1991, Gil, 1997), siendo poco frecuente encontrar incompetencia mental de ningún tipo (Santamaría e Icaza, 1996). En este sentido, Echandi (1993), asevera que la mayoría de los estudios

“..presentan al agresor típico como un ser de inteligencia y educación promedio y como un tomador moderado, que es capaz de mantener bien a su familia porque tiene un trabajo estable” (p. 22)

La percepción del papel jugado por la madre en las situaciones de incesto es motivo aún de controversia, pues para algunos autores (Kempe y Kempe, 1985) la madre es con frecuencia muy dependiente de su esposo a quien ansía retener, por sus propias necesidades emocionales y financieras por lo que, en algunos casos, utiliza a la hija para proporcionarle una vinculación sexual más joven y atractiva.

Otros estudiosos del tema, afirman que la madre es una víctima secundaria del incesto, pues con demasiada frecuencia se le culpa del abuso, al mismo tiempo que se minimiza sutilmente la responsabilidad de los agresores (Herman, 1981, Perrone y Nannini, 1997), llegando al punto de adjudicarle a ella la responsabilidad de impedir las reincidencias (Pittman, 1995)

Lo cierto es que existe creciente evidencia científica que sustenta que las mismas no están psicológicamente preparadas para proteger a sus hijas, toda vez que suelen ser afectivamente inmaduras y se sienten incómodas frente a las funciones maternas, características que han sido relacionadas a que la mayoría de ellas, a su vez, fueron víctimas de incesto en la infancia (Semillas para el Cambio, 1987, Frank, 1992, Santamaría e Icaza, 1996, Batres, 1997, CIDAP, 2000), observándose que, en algunos casos, existían historias de abuso multigeneracional que se extendían abarcando hasta a cuatro generaciones (Semillas para el Cambio, 1985, Flores-Ortiz, 1995), sin haber contado, en ningún momento, con la oportunidad de recibir atención profesional para superar las secuelas de su propio trauma

Independientemente de la posición sostenida, respecto al papel desempeñado por la figura materna, existe un consenso general respecto a que el vínculo madre-hija se ve muy afectado el incesto, caracterizándose su interacción por altos niveles de hostilidad y

profunda desconfianza (Antony, 1990, McClendon, 1991, Santamaría e Icaza, 1996), toda vez que las sobrevivientes creen que sus madres debieron saber o sabían lo que estaba sucediendo y guardan mucho resentimiento hacia esta figura que no las protegió. Situación que se agrava si las pusieron en conocimiento de lo que ocurría y estas no intervinieron para protegerlas, lo que provoca en las hijas sentimientos de haber sido doblemente traicionadas (Cefemina, 1991, Forward y Buck, 1991).

En realidad lo que se observa, es que en las sobrevivientes sobresale el sentimiento de haber sido traicionadas por ambos padres, por quienes se han sentido emocionalmente abandonadas y utilizadas para disminuir su mutua incomodidad, experiencia que les dispara un intenso temor a también ser abandonadas físicamente (Herman, 1981, Courtois, 1988, Haugaard y Dickon, 1988, Finkelhor y Browne, 1985, Pittman, 1995, Van der Kolk, 1995, Braddock, 1999)

## **E. TEORÍAS RELACIONADAS AL INCESTO**

En las últimas décadas el despertar de conciencia en relación a la realidad del incesto y sus terribles consecuencias en las sobrevivientes, ha llevado a especialistas de diferentes concepciones teóricas a formular explicaciones que permitan una mejor comprensión de este fenómeno. Explicaciones que son de vital importancia debido a que la atención que brinde el profesional a las familias o a sus miembros individuales estará influenciada por el enfoque en el que enmarque sus intervenciones.

A continuación, presentaremos las teorías que han recibido mayor atención al estudiarse este problema.

### **1. LA TEORÍA FUNCIONAL:**

Este enfoque propone que el incesto es utilizado como un medio para llenar algunas necesidades sociales, usualmente dentro de la familia, con el fin de lograr la

homeostasis, asegurando el mantenimiento del sistema y de los patrones de conducta del grupo familiar. Además de cumplir una función dentro de la familia, el incesto puede contribuir a una función más general en las interacciones de la familia con el entorno social. Sin embargo, esta función no es necesariamente benéfica para los integrantes de la familia o sociedad.

En esta explicación tiene su raíz la teoría de los sistemas familiares, la cual hace énfasis en las interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia y las estructuras subyacentes a esas transacciones. De manera que describe el incesto como un síntoma de la disfunción existente en la familia, misma que es caracterizada como unida por lazos simbióticos, un sistema cerrado, la presencia de una víctima propiciatoria y una estructura desorganizada.

Para esta perspectiva, la intervención con estas familias implica una reestructuración de las normas bajo las cuales las mismas funcionan, de manera que conductas inaceptables como el incesto no sean utilizadas para mantener el balance del grupo familiar (Haugaard y Dickon, 1988; Barb et al., 1997).

## **2. LA TEORÍA DE LA PSICOPATOLOGÍA INDIVIDUAL:**

Postula que el incesto es el resultado de una anormalidad mental o emocional en el abusador, por lo tanto, enfatiza los conflictos internos del mismo y los rasgos de personalidad y psicopatías que se producen a raíz de ellos (Barb et. al, 1997). Enfoque apoyado por las investigaciones que han encontrado que estas personas obtienen puntuaciones elevadas en la escala de desviación psicopática del MMPI y que se excitan sexualmente en la presencia de niñas/os.

No obstante la creciente atención que ha recibido esta explicación, diferentes investigaciones clínicas han demostrado que sólo un pequeño porcentaje de los evaluados manifestó patologías que explicaran su actuación fuera de las normas.

sociales Así, en términos generales, el perpetrador de estos hechos frecuentemente presenta pocos signos de alteración individual y funciona bien en la sociedad (Kempe y Kempe, 1985, Wolf, 1991, Echandi, 1993, Santamaría e Icaza, 1996), lo que sugiere que la psicopatología individual no es la causa del incesto

De esta manera, muchos abusadores pueden cometer el incesto debido a deseos sexuales más que por la interacción familiar existente, resultado que sugiere que, en algunos casos, el foco principal de la intervención debe ser el abusador (Haugaard y Dickon, 1988)

### **3. LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL:**

Esta teoría considera al incesto como una conducta aprendida en un contexto social Es decir, como el resultado del modelamiento de conductas inapropiadas y refuerzos sociales inconsistentes En este sentido, afirma que cuando una persona es abusada no sólo se le está enseñando esa conducta sino que, también, se le enseña que esa es una forma aceptable de tratar a los niños/as (Gil y Edwards, 1988)

Dentro de esta concepción se encuentra agrupada la teoría feminista, la cual plantea que el incesto es otra consecuencia del desequilibrio entre los sexos del que han sido víctimas las mujeres a través de la historia, al serles asignadas condiciones de subordinación en un sistema patriarcal que las ubica como ciudadanas de segunda clase (Batres, 1997)

Para sus proponentes, no hay duda de que en un sistema social en que se refuerza la obligación de los miembros de la familia de mantener al padre contento, los hombres han aprendido solapada o abiertamente que tienen el derecho de satisfacer sus deseos sexuales, por lo que encuentran razonable dirigir sus atenciones hacia sus hijas si sus esposas no satisfacen sus necesidades (Flores-Ortiz, 1995).

Esta perspectiva cuestiona los señalamientos de la teoría de los sistemas familiares, en relación a la responsabilidad asignada al rol jugado por la madre al igual que sus indicaciones de que la familia debe ser reorganizada; pues, para sus teóricos, estas medidas están destinadas a disminuir la responsabilidad del perpetrador quien fue el que cometió la falta. En consecuencia, opinan que la intervención individual debe ser priorizada y que la familia debe ser apoyada a suplir las necesidades emocionales y económicas que le han impedido confrontar la conducta del perpetrador

Una meta general de la terapia basada en este enfoque es favorecer el crecimiento individual y comunitario, de manera paralela al cuestionamiento y eliminación de la estructura sociocultural sexista.

#### **4. LA EXPLICACIÓN CAÓTICA:**

De acuerdo a esta concepción existen comunidades en las que no existen fuertes lineamientos en relación a normas sociales a seguir y esta falta de controles externos favorece el incesto en las familias que las componen, de forma que estas parentelas se caracterizan por pocas reglas, disminuido control individual y escasos o ninguna relación emocional o física entre sus integrantes. De manera adicional, se ha encontrado que se encuentran social e incluso físicamente aisladas de sus comunidades por lo que sus miembros no se sienten obligados a responder a lineamientos exteriores

La intervención terapéutica con estas familias es poco favorable, ya que son propensas a terminar la terapia antes de que la mayor parte del tratamiento haya sido completada (Haugaard y Dickon, 1988)

## **5. EL SÍNDROME DEL ACOMODO AL ABUSO SEXUAL:**

Esta teoría explica que las víctimas de abusos sexuales en la infancia se "adaptan" a los mismos, como mecanismo de sobrevivencia ante las presiones y temores que enfrentan, presentando un síndrome compuesto por cinco etapas el secreto, la impotencia, el atrapamiento y acomodo, la divulgación retrasada conflictiva y no convincente y la retractación. Condiciones en las que, a largo plazo, llegan a adoptar los roles de "la mala" (sobre todo en la adolescencia) o convirtiéndose en "modelos de niñas buenas" (Summit, 1983, Courtois, 1988)

Esta explicación ha sido utilizada para ayudar a entender a los familiares, terapeutas y administradores de justicia las reacciones de las sobrevivientes frente al abuso sexual sufrido, de manera particular el que guarden en secreto el hecho o lo relaten y después lo nieguen, al no sentirse respaldadas por su entorno

En relación a este punto, David Finkelhor, quien es reconocido como una importante autoridad en esta temática, señala la necesidad de que el sistema de justicia evite la revictimización legal de esta población. Con este fin sugiere que modifique sus procedimientos de entrevista, evite la confrontación entre víctima y agresor, acorte los procesos y prepare psicológicamente tanto a la víctima como a sus familiares para hacer frente a este arduo proceso (Batres, 1997)

## **6. LA TEORÍA DE LAS DINÁMICAS TRAUMATOGÉNICAS:**

Finkelhor y Browne (1985) propusieron este modelo para la conceptualización del abuso sexual infantil, con el fin de permitir una comprensión más sistemática de sus efectos a través de los daños dirigidos a cuatro áreas "la sexualidad, la confianza, la habilidad para modificar el mundo y la autoestima" (Ramellini y Mesa, 1997, p 20)

Para estos autores, las respuestas traumáticas de las víctimas responden a cuatro dinámicas traumatogénicas que, si bien están presentes en otros tipos de traumas, al conjugarse con el elemento sexual crean una circunstancia en la que el abuso adquiere una cualidad única. Las cuatro dinámicas propuestas por los mismos son

- a La Sexualización Traumática se refiere al proceso a través del cual, de una manera inapropiada y disfuncional, se moldea la sexualidad de la niña/o. Esto puede ocurrir como resultado de que es premiada/o repetidamente por el ofensor a través de intercambios de afecto, atención, privilegios o regalos para acceder a sus solicitudes sexuales. Como consecuencia de estos hechos, la niña/o adquiere repertorios de comportamientos sexuales inapropiados, y concepciones y asociaciones emocionales erróneas acerca de la conducta y moralidad sexual.
- b La traición: Se refiere a la dinámica por la que la niña/o descubre que una persona a quien quiere y respeta, le ha hecho daño, al mismo tiempo que sus figuras parentales han fallado en protegerle (por no ser capaces, no creerle o cambiar su actitud hacia ella/él al saber del abuso)

En los casos en que a la niña/o no se le cree o se le aísla, la sensación de traición es mayor que en los que reciben el apoyo de su entorno

- c La impotencia: también denominada "la pérdida del poder", se refiere al proceso en el cual, al ser frustrados los deseos o intentos del menor por detener las invasiones a su espacio corporal y psicológico, se lesiona su sentido de eficiencia y su reconocimiento de destrezas para defenderse

La fuerza y las amenazas no son necesarias para que este sentimiento de impotencia se produzca, bastando sólo la sensación de estar atrapada/o, situación que se incrementa con el constante miedo de la niña/o y la incapacidad de lograr que los adultos que le rodean entiendan o crean lo que está pasando y disminuye

cuando la niña/o es capaz de poner fin al abuso en forma adecuada o puede ejercer algún tipo de control sobre sus acontecimientos

- d La estigmatización Esta dinámica hace alusión a las connotaciones negativas (como la culpa, vergüenza o maldad) que le son transmitidos por el ofensor y personas de la familia o comunidad al menor, a lo largo de la experiencia de abuso, mensajes que son incorporados a su autoimagen. La estigmatización también es reforzada cuando las personas reaccionan a la revelación del abuso con horror, histeria o culpando al menor por lo ocurrido, y cuando las personas que le rodean le adscriben características negativas como resultado del mismo (por ejemplo, ser un bien dañado)

En el caso particular de aquellos que reciben presión para mantener el secreto se puede incrementar la sensación de estigmatización, pues se refuerza la creencia de ser diferente

La conceptualización de las dinámicas traumatogénicas tiene implicaciones para la investigación de las patologías relacionadas al incesto, pues puede ser utilizada como una guía en el desarrollo de los instrumentos diseñados específicamente para evaluar el impacto del abuso sexual en diferentes grupos de edades. De manera adicional, puede ser utilizado como un modelo de trabajo clínico, pues, como lo señalan Ramellini y Mesa (1997) “Ofrecen un marco de referencia. hacia donde orientar la intervención individual y grupal” (p 21)

## 7. LA TEORÍA DEL DESARROLLO PERSONAL:

Esta teoría, propuesta por Gioconda Batres, señala que el incesto causa daños en la evolución personal de sus víctimas, pues perturba los principios del desarrollo humano al alterar las necesidades básicas de amor, validación, dominio, aceptación, amor no posesivo y el ego e integridad corporal (Batres, 1997, p 66-67), situación a

la que las víctimas responden haciendo uso de defensas primitivas para sobrevivir a la victimización, mismas entre las que se cuentan el rechazo, la minimización, la disociación, la proyección y la evitación (Courtois, 1988)

En relación a este planteamiento, Batres explica que las víctimas que alcanzan la etapa adulta reciben el nombre de “sobrevivientes”, pues tuvieron la fortaleza necesaria para mantenerse vivas a pesar de la violencia sufrida, fortaleza que en el proceso de curación puede ayudarlas a obtener una mejor calidad de vida.

#### **8. LA TEORÍA DE LOS ESQUEMAS:**

Los proponentes de esta teoría (McCann et al., 1988) señalan que las situaciones traumáticas tienen diferentes significados, asociaciones emocionales y efectos a largo plazo en cada individuo. De manera que, para comprender los efectos del incesto en cada sobreviviente, describen una serie de áreas del funcionamiento psicológico e interpersonal, cuyos esquemas internos son los más perturbados por esta experiencia. Área entre las que señalan. la seguridad, la confianza, el poder, la autoestima y la intimidad (Batres, 1997)

#### **9. LA TEORÍA PSICOSOCIAL DE LA DESESPERANZA APRENDIDA:**

Walker (1979), citada por Ramellini y Mesa (1997), presentó este modelo para explicar como las personas expuestas a condiciones de violencia repetitiva pierden la capacidad de saber cuando sus respuestas podrán protegerlas de una nueva agresión, pues han experimentado situaciones de gran sufrimiento de las que no han podido escapar, en un contexto que parece ser producto del azar

De acuerdo a Ferreira (1989) y Villalobos (1993), las mujeres expuestas a estas situaciones presentan un deterioro emocional creciente, toda vez que se convencen de que, sin importar lo que hagan o digan, nada cambiará Aprendizaje que interfiere

con su capacidad de enfrentar los problemas y les produce niveles de depresión y ansiedad significativa.

#### **10. LA TEORÍA DE LA PÉRDIDA:**

Diferentes autores (Courtois, 1988; Herman, 1992; Batres, 1994) señalan que las victimizaciones, tales como los abusos sexuales, producen la sensación de perder la identidad, seguridad y control, efectos que destruyen los supuestos básicos sobre los que se debe consolidar el desarrollo humano. De manera que las víctimas de traumas lidian con las pérdidas que les exigen nuevas propuestas para continuar viviendo.

En el caso particular de las sobrevivientes de incesto, señalan que estas deben afrontar pérdidas irreparables como la de una infancia feliz, la inocencia de la niñez y la de una madre buena. De modo que, para estos autores, la recuperación sólo será posible cuando, dentro de un proceso terapéutico, las sobrevivientes completen el duelo por las pérdidas sufridas.

Una vez revisados estos enfoques teóricos tal vez la mejor conclusión a la que podemos llegar es que la búsqueda de una explicación única para este fenómeno si bien es tentadora, sería infructuosa. El incesto ocurre en un amplio rango de contextos y las familias incestuosas pueden amoldarse a una combinación de varias de las descripciones descritas. Así, la mejor aproximación sería mantener presente, en la evaluación y tratamiento de estos casos, la complejidad de factores que pueden estar interviniendo en los mismos.

#### **F. LA HERIDA DEL INCESTO (LA TEORÍA DEL TRAUMA)**

Diferentes autores concuerdan en indicar que la confianza básica desarrollada en el seno familiar juega un rol fundamental en el crecimiento emocional y la formación de

la personalidad de los niños y niñas, siendo el hogar el lugar por excelencia para el aprendizaje de la confianza y el amor propio, particularmente a través de los gestos y acciones de los padres que les transmiten mensajes sobre la forma en que son valorados y respetados. En este periodo formativo, según Branden (1995)

“..el niño no tiene necesidad más básica, por lo que se refiere a sus padres, que la de seguridad física y emocional. En este nivel se sientan los fundamentos para que el niño aprenda a confiar en los demás y a tener confianza en que la vida no es malévolas” (p 194)

Si la familia es exitosa en garantizar estas condiciones para sus hijos, se constituye en una importante fuente de protección contra la traumatización y los/as niños/as se muestran particularmente resistentes ante las situaciones de crisis y con mejores condiciones de salud mental en etapas posteriores de la vida (Grotjahn, 1979; Van der Kolk, 1983, Lenett, 1987). Observándose, por el contrario, una situación diferente cuando personas de las que se esperaba afecto y protección, en función del vínculo de confianza existente, les traicionan, experiencia que es percibida de manera traumática y altera su capacidad de ver al mundo como un lugar seguro nuevamente (Portillo, 2001)

En los casos en los que la traición se relaciona a abusos sexuales, tales como el incesto, destaca que, además del daño que se origina en la violencia física y sexual que recibe la víctima, es una importante fuente de trauma el daño ocasionado a la capacidad del niño/a para confiar en las personas que le rodean, pues, tal como lo señalan Van der kolk (1983)

“El más temprano y posiblemente el más catastrófico trauma psicológico ocurre cuando un cuidador, quien se supone es una fuente de seguridad y afecto asalta sexual o físicamente al niño. (experiencia que) tiene efectos devastadores en la capacidad del niño para desarrollar vínculos seguros” (p 552)

Ante esta realidad, se comprende el grave efecto que implica la vivencia del incesto en el aparato psíquico y emocional de sus víctimas, toda vez que la investigación demuestra que, como nos lo indica Walker (1996) “...la más importante marca para un futuro trauma es el abuso experimentado o del que se ha sido testigo en la niñez” (p 30)

Posición corroborada por el Consejo Norteamericano para el Asesoramiento Contra el Abuso y Negligencia contra los Niños, citado por el National Center for PTSD (1996), quienes afirman que:

“Existen decenas de miles de víctimas abrumadas por traumas psicológicos de larga duración, cientos de niños y familias traumatizadas y cientos de sobrevivientes casi muertos, quienes como adultos continúan cargando cicatrices físicas y emocionales” (p. 1).

Para Herman (1992), el “trauma psicológico” observado en las sobrevivientes de incesto es básicamente producto de la falta de poder que experimenta la víctima al momento del trauma, situación que le hace sentir rendida e indefensa ante una fuerza que sobrepasa su capacidad de adaptación. De acuerdo a esta autora, esto ocurre debido a que las experiencias traumáticas inundan el sistema común que permite a las personas la sensación de control, conexión y significado.

Van der Kolk (1995), por su parte, afirma que la problemática de estos adultos se agrava por la dificultad que experimentan, posteriormente, para diferenciar entre las personas en quienes pueden confiar y las que pueden victimizarles nuevamente, de forma que, para este autor, la pérdida de la seguridad es la base de su trauma psicológico.

Para autores como Coleman (1996), los actos violentos son más traumáticos que los desastres naturales, pues las víctimas de estos hechos sienten que fueron elegidas

como blancos de forma intencional, creencia que convierte a su entorno social en un lugar potencialmente peligroso para su seguridad. Además, se debe tener presente que la experiencia del incesto frecuentemente se acompaña de profundos sentimientos de vergüenza y culpa por lo ocurrido, sentimientos que se vuelven las fuerzas organizadoras de las vidas de las sobrevivientes y que se incrementan por el carácter de “secreto familiar”, sobre todo si el agresor es un miembro de la familia inmediata (Perrone y Nannini, 1997)

Desde el punto de vista psicológico, más que la naturaleza exacta del acto realizado, es la presión a mantenerlo en secreto lo que origina el principal daño, situación agravada ante la imposibilidad de compartir, de manera inmediata, los sentimientos experimentados con una persona que apoye sin criticar (Frank, 1992). A este respecto, Fulmer (1992) afirma que, aun cuando el abuso sexual siempre será, por sí mismo, un hecho estresante

“hay factores que pueden paliar la gravedad de sus efectos a largo plazo, ..(observándose que) el mayor efecto de aminoramiento parece ser que el niño pueda contar con alguien que le crea y le ayude” (p 259)

Cabe señalar que se cuenta con reportes en los que las sobrevivientes describen el no haber sido creídas al buscar apoyo y, peor aún, haber sido culpadas por lo sucedido, como un aspecto de vital importancia en el sufrimiento experimentado a lo largo de la vida, hallazgo respaldado por autores como Van der Kolk (1983) quienes indican que esta experiencia “. deja una herida más profunda que la producida por el evento traumático por sí mismo” (p. 551)

Existe considerable evidencia de que la imposibilidad para expresar, de forma verbal, los sentimientos relacionados a los hechos traumáticos afecta la capacidad del cerebro para manejar de manera adecuada las emociones. De los estudios con veteranos

de guerra y otras víctimas de situaciones traumáticas se ha concluido que sus síntomas son el resultado de que la experiencia no ha sido procesada de forma lingüística simbólica. Al respecto, Herman (1992) nos indica que

“Las memorias traumáticas carecen de una narrativa verbal y contexto, pues son incorporadas en la forma de sensaciones e imágenes vividas.. (de manera que) se asemejan a las memorias de niños pequeños” (p. 38)

Para esta misma autora la dialéctica del trauma se origina en los esfuerzos inconscientes que realiza la sobreviviente tanto para reaccionar algunos aspectos de la situación traumática como para mantener sus recuerdos aislados de la conciencia, conducta con la que intenta organizar los estímulos abrumadores. De esta manera, la inestabilidad producida por las alternaciones periódicas entre ambas tendencias incrementan la sensación de vulnerabilidad y desamparo de la sobreviviente, situación que repercute negativamente en el desarrollo de su personalidad e impide que supere lo vivido (Gabbard, s. f.)

Ante estas condiciones, el sistema humano de autoconservación pone en funcionamiento un estado continuo de alerta con el que la sobreviviente intenta mantenerse en guardia ante cualquier futura agresión. En consecuencia, vive constantemente expuesta a estímulos que son percibidos como amenazas a su integridad, ante los que huye disociándose, situación que produce alteraciones en su memoria, identidad y humor (Arosemena y Villalobos, 1997)

En relación a este punto, Walker (1996) señala que en la sobreviviente de incesto los dominios del afecto, conocimiento y comportamiento se encuentran alterados por su tendencia a utilizar estrategias encubiertas para sobrevivir, mismas que a largo plazo le impiden la integración del pasado con la respuesta actual al trauma, tomando en cuenta su contexto histórico, psicológico, social y cultural

Como resultado de estas respuestas, la sobreviviente se asusta con facilidad, enfrenta dificultades para relajarse o dormir y reacciona con irritabilidad ante situaciones que no lo ameritan. De esta forma, la experiencia traumática interfiere con su vida diaria alterando su funcionamiento cotidiano, pues se deterioran los vínculos con quienes le rodean y se empobrece su calidad de vida (Rojas, 1998)

De acuerdo a Herman (1992) estos síntomas también se relacionan a la experiencia de “cautiverio” que han vivido muchas de estas mujeres al ser expuestas a traumas prolongados y repetitivos en los cuales se sienten incapaces de escapar del control del perpetrador. Tal y como lo señalan Forward y Buck (1991)

“Las pequeñas víctimas están en una situación de dependencia total de sus agresores, de modo que no tienen a dónde ir ni a quien recurrir” (p. 169)

Para las sobrevivientes de incesto el mismo significa un calvario que puede prolongarse durante largos años, particularmente aquellos que son de gran importancia en el proceso de formación de la personalidad, situación muy desfavorable si consideramos que las personalidades que se desarrollan bajo coacciones de este tipo suelen enfrentar serias dificultades para adaptarse a las exigencias de la vida diaria, de forma que frecuentemente confrontan problemas con temas como la identidad, autonomía e iniciativa, lo que las expone, a su vez, a ser revictimizadas (Márquez y Selles, 1991, Rojas, 1998)

En relación a este aspecto, debemos tener presente que autores como Bowlby (1989) han explicado que aquellos que han tenido experiencias desfavorables en su infancia son más vulnerables a futuras situaciones negativas, como consecuencia de los rasgos de personalidad desarrollados a raíz de las primeras. De manera que, como lo manifiesta este autor:

“No sólo existe este efecto poderosamente interactivo de las experiencias adversas sino una

posibilidad mayor de que alguien que ha tenido una experiencia adversa, tenga otra” (p. 51).

En el caso particular de las víctimas de incesto, se han relacionado estas experiencias adversas con la tendencia a huir del hogar durante la adolescencia y/o repetir la victimización en la vida adulta: recurriendo al uso de drogas, exponiéndose a situaciones que las llevan a ser víctimas de una violación, estableciendo vínculos amorosos con maltratadores o dedicándose a la prostitución (Herman, 1981, Miller, 1999)

De esta forma, resulta evidente que, a largo plazo, una situación tan traumática como el incesto conlleva un alto riesgo de serios trastornos emocionales e incluso patología en diferentes etapas y facetas de la vida adulta de sus sobrevivientes (Clark, 1995; Fishman, 1995) Sin embargo, de acuerdo a diferentes autores (Gil, 1992, Echandi, 1993, Trúncer, 1998, Buendía, 1999; Vela y Massa, 2000, National Adoption Information Clearinghouse, 2000), existen una serie de factores que influyen en la extensión del trauma y en el posterior proceso de sanación entre quienes han sido sexualmente abusados en la infancia, entre los que incluyen la edad del niño/a cuando el abuso empezó, la organización de los mecanismos de defensa con los que se contaba al ocurrir el abuso, la calidad de la relación existente con el abusador, el tiempo que se prolongó el abuso, el tipo de abuso sufrido, el nivel de violencia involucrado, el apoyo social disponible en ese momento y el nivel de desarrollo del ego del niño/a en el tiempo del abuso

De forma adicional, cabe señalar que se han realizado estudios que intentan ubicar los efectos de las situaciones traumáticas en la anatomía del sistema nervioso y, en los mismos, se han encontrado cambios físicos en diferentes estructuras del cerebro, especialmente en las relacionadas con la memoria a corto plazo y con la codificación y reparación de la memoria a largo plazo, que pueden vincularse a modificaciones en la

estructura neuroquímica de los Sistemas Nerviosos Central y Autónomo, durante y después del hecho estresante Cambios que comienzan a ocurrir, de acuerdo a Coleman (1996) “ ante la sensación de que la propia vida está en peligro y de que no hay nada que hacer para escapar a ello” (p 239)

En relación a estos descubrimientos, es importante indicar que científicos dedicados a estudiar los efectos en las estructuras neuronal y hormonal de las experiencias traumáticas en la infancia, han encontrado que estas experiencias producen alteraciones químicas que predisponen tanto a reacciones patológicas ante el estrés (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1999) como a trastornos depresivos (Weiss et al , 1999) y ansiosos (McClam, 2000) en la vida adulta. Sin embargo, es importante aclarar que, aún cuando estos investigadores creen que los efectos de estar expuesto a una situación traumática se explican a través de cambios en el hipocampo, circuito límbico, amígdala o en los niveles de adrenalina y otras hormonas relacionadas con el estrés, los mismos no son indelebles toda vez que el circuito emocional puede ser reeducado

## **G. MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO**

Las investigaciones en el área de la violencia intrafamiliar han contribuido a incrementar el nivel de conciencia existente en relación a lo extendido que se encuentra este fenómeno y como interfiere en la vida de quienes están involucrados en el mismo, toda vez que, tal como lo afirma Corsi (1995)

“ las personas sometidas a situaciones crónicas de violencia dentro del hogar presentan una debilitación gradual de sus defensas psicológicas, lo cual se traduce en un incremento de los problemas de salud (enfermedades psicósomática, depresión, etc )” (p 31).

De igual modo, contamos con estudios clínicos que, en el caso de la problemática del incesto, han contribuido a un mayor conocimiento y comprensión en relación a sus efectos destructivos en la salud mental de sus sobrevivientes, quienes comparten síntomas similares a los descritos en los traumas de violación solo que con un carácter más severo. Repercusiones que, cabe señalar, no presentan diferencias significativas en función del género de los sobrevivientes (Clark, 1995, Arosemena y Villalobos, 1995)

A pesar de no ser fácil el reconocimiento de los síntomas psicológicos, a largo plazo, producidos por las situaciones traumáticas no resueltas, de acuerdo a Van der Kolk (1995), entre los más comunes se encuentran tanto las distorsiones en la regulación del afecto y el autoconcepto, como el temor a los compromisos interpersonales estables

Al adentrarnos a las consecuencias específicas del incesto, encontramos que autores como Bass y Davis (1995) señalan que sus sobrevivientes presentan características tales como

“Baja autoestima, dificultad para creer en su poder personal, dificultad para confiar en las personas, bloqueo de las sensaciones corporales, bloqueo de las expresiones afectivas, dificultades sexuales, falta de integración (que en casos extremos llevan a la escisión de la personalidad), sensación de no tener control sobre sus vidas, viven en caos, tienen despistes y ausencias, viven en alerta constante, tendencia a la fuga (física o mental), enfermedad mental, automutilación, intentos de suicidio, conductas adictivas, aislamiento, problemas alimenticios, mentir y robar” (p 47-69)

Según E Sue Blume (1990), citada por Ramellini y Mesa (1997), las sobrevivientes adultas de incesto presentan un Síndrome Post-Incesto en el que se observan

**“Desórdenes en la alimentación, pobre imagen corporal, adicciones, automutilaciones, miedos, temores, fobias, desórdenes afectivos, problemas relacionados al establecimiento de la confianza y de los límites personales, culpa, vergüenza, revictimizaciones, amnesia psicogénica, disociación, estigmatización, patrón de relaciones conflictivas, problemas en el área de la sexualidad y problemas para la expresión del enojo” (p 22)**

Cabe señalar que García Losa (2001) explica las conductas anoréxicas y bulímicas que suelen observarse en las sobrevivientes de incesto como resultado de agresividad introyectada, misma que tiene como fin compensar la insaciabilidad emocional de los primeros años de la infancia, a través de la incorporación objetal del alimento

Para la Survivors Foundation (1999), los problemas que los sobrevivientes adultos de incesto enfrentan les causan gran estrés físico y emocional, pues abarcan virtualmente casi todas las áreas de la vida. Entre las dificultades señaladas por esta organización encontramos

**“Abuso del alcohol y drogas, dificultades para criar a sus propios hijos, enfermedades crónicas, codependencia, dificultades laborales, recuerdos intrusivos, adicción al trabajo, apuestas y depresión” (p 1)**

Perrone y Nannini (1997) afirman que aun cuando los efectos de los abusos sexuales pueden causar a las víctimas dificultades escolares y/o profesionales, es más clara su incidencia en los Trastornos de Angustia que se expresan en síntomas psicosomáticos y psicológicos tales como

**“miedo al fracaso, claustrofobia, terrores nocturnos, enuresis, amenorrea y también intentos de suicidio y anorexia. fatiga, falta de concentración, comportamientos no convencionales (fugas, crisis de cólera, insolencia, desenvoltura, súbitos reproches y rechazo), repliegue, bloqueo, desinterés, pérdida de la curiosidad, trastornos mnésicos” (p 102)**

Fulmer (1992) afirma que, entre las patologías predominantes en todos los adultos sobrevivientes, se observan

“trastornos que rayan con la personalidad histérica, obsesivo-compulsiva, narcisismo, paranoia y trastornos mixtos de personalidad; una gran variedad de trastornos de ansiedad, incluyendo problemas disociativos, sexuales y de control, fobias, toxicomanías y trastornos de alimentación, automutilación y otros comportamientos e impulsos autodestructivos, cuadros psicósomáticos, depresión caracterológica y episodios de depresión mayor; y trastornos de estrés post-traumático” (p. 267).

En vista de que contamos con pocas investigaciones que nos brinden información sobre la realidad del incesto en nuestro país, nos parece de gran importancia destacar los resultados obtenidos por Arosemena y Villalobos (1995) quienes encontraron que en una muestra de 17 sobrevivientes adultos, hombres y mujeres, se presentaban los siguientes síntomas:

- 1 Baja autoestima, decaimiento y desánimo (88,2%)
- 2 Fuertes sentimientos de odio y rabia, excesiva represión de los sentimientos y desconexión de la realidad por medio de la imaginación (70,6%)
3. Rechazo a la intimidad e hipervigilancia, intentos de asumir el control, reacciones fóbicas y dificultades para relacionarse con el medio ambiente (58,8%)
- 4 Despersonalización e inhibición (52,9%)
- 5 Excesiva autocrítica, actitudes complacientes y sentimientos de culpabilidad (47,1%)
- 6 Disociación (41,2%)

Diferentes autores (Herman, 1981, Knight, 1990, Frank, 1992, Clark, 1995, Corsi, 1995, Watton Community Church, 1999) indican que las mujeres adultas sobrevivientes de incesto son especialmente vulnerables a una variedad de dificultades

intra e interpersonales entre las que destacan sentimientos de baja autoestima e inadecuación, sentimientos de culpa y vergüenza en relación al abuso, episodios crónicos de depresión y ansiedad, extremo aislamiento, incapacidad para establecer relaciones interpersonales satisfactorias por el temor a la intimidad, control excesivo de las emociones, profundos y abrumadores sentimientos de hostilidad y pérdida, problemas educativos, quejas somáticas, la tendencia hacia el abuso de sustancias y las conductas sexuales inapropiadas

Otras consecuencias identificadas entre las sobrevivientes de incesto incluyen aspectos tales como el temor a la oscuridad, sensibilidad al tragar y deseos de vomitar, repugnancia a la sensación del agua en el rostro (sensación de ahogo al bañarse y nadar), pobre imagen corporal (evitar mirarse en los espejos y cubrirse con vestimentas que no están acordes a la situación), automutilación, temor a tomar riesgos, sensación de no tener el derecho a poner límites o decir no, patrón de vincularse a personas mucho mayores y bloqueo de determinados periodos de su infancia (especialmente el anterior a los doce años) o de los recuerdos relacionados a un determinado lugar o persona (Moore, 1999; Fundación Ser y Crecer, s.a.)

Si partimos de la información clínica que explica, en función de bases psicológicas y sociológicas, como las primeras experiencias de la infancia modelan aspectos de la vida adulta tales como la sexualidad (Hay, 1990, Miedzian, 1995; Varela, 1996, Setton, 1996), no debe sorprendernos que los problemas sexuales de las sobrevivientes adultas de incesto sea una de las áreas destacadas en su estudio. Aspecto en el que se ha encontrado que, como consecuencia de que el trauma contribuye a focalizar la sexualidad exclusivamente en la genitalidad, los intentos de involucrarse en relaciones íntimas en la vida adulta frecuentemente les dispara recuerdos de su victimización infantil, situación que les lleva a experimentar ansiedad y terror cuando

anticipan la posibilidad de una relación sexual, aun en los casos en los que la misma es deseada, de forma que pueden alternar entre la aversión a las relaciones íntimas y conductas como la promiscuidad y la prostitución (Finkelhor y Browne, 1985, Lawrence y Froning, 1992, Flores-Ortiz, 1995, Santamaría e Icaza, 1996, Braddock, 1999, Aguilar, 2000)

En este punto, es oportuno aclarar que algunos autores (Herman, 1981, Miller, 1992, Flores-Ortiz, 1995, Santamaría e Icaza, 1996) explican las conductas promiscuas y la tendencia a la prostitución que pueden observarse en las sobrevivientes de incesto como resultado de sus intentos infructuosos de obtener un falso sentido de control sobre lo que ocurre en su cuerpo, tanto como a la estigmatización que sufren como consecuencia del abuso

Otro aspecto importante en el que diferentes autores han reparado con mucha preocupación es el de la vulnerabilidad hacia nuevas victimizaciones que manifiestan las sobrevivientes adultas de incesto, quienes parecen carecer de las destrezas necesarias para protegerse y presentan una fuerte tendencia a involucrarse en situaciones que las exponen a nuevos peligros, de manera que no es inusual observar que muchas han sido víctimas de violaciones y acoso sexual (Forward y Buck, 1991, Herman, 1992; Bass y Davis, 1995, Walker, 1996, American Psychological Association, 1996, Moore, 1998)

Un apartado especial merecen las dificultades que las sobrevivientes enfrentan en sus relaciones de pareja, toda vez que diferentes estudios (Lawrence y Froning, 1992, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998; Braddock, 1999, Watton Community Church, 1999) concuerdan en señalar que, como resultado de su carencia de modelos sanos de relaciones amorosas auténticas, las sobrevivientes tienden a sentirse incómodas al interactuar con hombres emocionalmente estables prefiriendo involucrarse con parejas aún más perturbadas que ellas, conducta que Kaplan y Sadock (1983)

explican como una “defensa secundaria destructiva” y que las conduce a presentar más del doble de probabilidades de involucrarse con hombres violentos (Hauggard y Dickon, 1988, McClendon, 1991, Echandi, 1993, Ramellini, 1994, Flores-Ortiz, 1995, Aguilar, 2000)

Mientras que, de acuerdo a Lawrence y Froning (1992), las dinámicas de re-abuso aquí expuestas son complejas y se basan en que en la mente de la víctima de incesto está codificado el mensaje de que no es merecedora de amor y afecto por sí misma, sino que sólo a través de su cuerpo y sacrificio será valorada y querida, para Herman (1992), la explicación para estas conductas se encuentra en la tendencia de las sobrevivientes a recrear el momento del trauma, en forma literal o disfrazada, en una conducta “postraumática obsesiva” cuya meta es superar las secuelas que se experimentan. No obstante, y a pesar de que no todas las reactuaciones son peligrosas, Herman indica que este esfuerzo en pocas ocasiones logra su objetivo colocando, en muchos casos, a las sobrevivientes en situaciones que pueden repercutir en daños adicionales.

Parece oportuno indicar que, a pesar de que algunos autores (Gil, 1992) han señalado que un pequeño porcentaje de las sobrevivientes de incesto en la infancia parecen no presentar daños graves en su vida posterior, siendo extremadamente funcionales y productivas en su vida adulta, logrando inclusive, en muchas ocasiones, alcanzar reconocimientos públicos por su desempeño laboral, otros investigadores (Lawrence y Froning, 1992) han encontrado que, por el contrario, sus vidas personales suelen ser extremadamente disfuncionales. Al respecto, Fulmer (1992) manifiesta que las vidas de las sobrevivientes suelen estar marcadas

“ por relaciones consistentemente malas, incapacidad para lograr intimar, depresión caracterológica complicada por una conducta atípica de disociación e impulsividad ..(viviendo) vidas

ricas y completas constantemente complicadas por .minisuicidios” (p. 265).

En función de esta revisión resulta evidente lo difícil que resulta enmarcar los síntomas que presentan las sobrevivientes de incesto dentro de una clasificación específica, toda vez que los efectos a largo plazo de los abusos sexuales en la infancia pueden ser tan generalizados que a veces resulta imposible determinarlos exactamente, pues, tal como señalan Bass y Davis (1995)

“invaden el sentido de identidad, las relaciones íntimas, la sexualidad, la relación con los hijos, la vida laboral e incluso la cordura” (p 45)

## **H. TRASTORNOS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LAS SOBREVIVIENTES**

La apertura a la discusión pública del incesto, ha permitido a millares de sus sobrevivientes atreverse a hablar de sus experiencias y buscar ayuda para superar su creciente malestar emocional, situación que incrementó el interés científico por alcanzar una mejor comprensión de este fenómeno. Así, en los últimos años, un creciente número de investigaciones se han enfocado en la identificación de los principales trastornos que se manifiestan como consecuencia de esta experiencia traumática. Estudios en los que los altos niveles de ansiedad y depresión han resaltado como hallazgos clínicos consistentes, siendo inclusive señalados como los principales motivos de consulta reportados por las sobrevivientes que buscan algún tipo de ayuda profesional (American Psychological Association, 1996, National Center for PTSD, 1999) Al respecto, Follette et al (1991) señalan que

“ . muchas mujeres abusadas describen síntomas de ansiedad, depresión y problemas en sus relaciones sociales, ..(sin embargo) los síntomas y el grado de disfunción experimentada como resultado del abuso puede variar considerablemente” (p 150).

Si bien no existe uniformidad de criterios en relación a qué aspectos de la experiencia producen estos elevados niveles de depresión y ansiedad, muchos autores se inclinan a pensar que aparecen como una respuesta adaptativa, cuya sintomatología suele ser muy marcada al momento de pedir ayuda terapéutica.

Al abordar el tema de los trastornos depresivos en las sobrevivientes de incesto, podemos tomar en cuenta a Sarason y Sarason (1996), quienes definen a la depresión como

“Un sentimiento penetrante de tristeza que puede comenzar después de alguna pérdida o un suceso estresante, pero que continúa mucho tiempo después” (p 606)

Mientras que para Rivera (1991) es

“el conjunto de características relacionadas con los sentimientos de inseguridad, minusvalía, abatimiento y culpa que pueden ser parte de un gran número de síndromes psicopatológicos” (p 13).

De igual modo, podemos tener presente que en los casos de depresión clínicamente significativa, de acuerdo a McWilliams (1994), se observan síntomas tales como

“una incesante tristeza, disminución de energía, anhedonia (incapacidad de disfrutar los placeres comunes) y alteraciones vegetativas (problemas en la alimentación, sueño y autorregulación). ” (p 228)

Aún cuando se pueden observar episodios de depresión mayor en las sobrevivientes adultas de incesto, las alteraciones en su estado de ánimo han sido relacionadas principalmente a un trastorno distímico (anteriormente denominado depresión neurótica), el cual es definido por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (1995) como

“Un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de

los días durante al menos dos años (condición que se acompaña de síntomas tales como) sentimientos de incompetencia, la pérdida generalizada de interés o de placer, el aislamiento social, los sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado, los sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva, y el descenso de la actividad, la eficiencia o la productividad” (p. 352-353).

Esta categoría diagnóstica ha sido comúnmente utilizada para hacer referencia a alteraciones del estado de ánimo que surgen de forma reactiva a problemas de relación interpersonal o ante una pérdida (Bellack, 1993; Montes, 1998), mismas que pueden predisponer a las sobrevivientes a la aparición de episodios afectivos mayores. Herman (1981) nos lo corrobora al señalar que

“ .60% de las víctimas de incesto se quejan de síntomas de depresión mayor en la vida adulta. 38% se vuelven tan depresivas en algún punto de su vida que intentan el suicidio” (p 99)

En cuanto a los factores que inciden en las depresiones reactivas se han identificado como aspectos importantes tanto al aislamiento social como a los sentimientos de desesperanza e impotencia que se experimentan al sentir que no se tiene control sobre el daño que se recibe del medio (Navarro, 1990). Sin embargo, en el caso particular de las sobrevivientes de incesto, también ha demostrado ser importante considerar el fallo para incorporar una imagen interna positiva de las figuras parentales, los sentimientos de culpa e ira introyectados y, sobre todo, la incidencia de sus sentimientos de responsabilidad en relación al abuso sexual sufrido (Gabbard, s a ), sentimientos que, de acuerdo a Walker (1996)

“viene parcialmente de tomar actitudes de otros y parcialmente de la necesidad de sentir que la violencia no es una casualidad, pero sí es controlable si sólo ellos no hubiesen hecho lo que fuera que hubiera causado esto .” (p 80)

Otro aspecto a tener presente, se relaciona al papel que representa la herencia en estos niveles de depresión (McWilliams, 1994, Gabbard, s a., Carbonell et al., 2001), pues se ha detectado, en el estudio de los casos de incesto, una elevada incidencia de depresión en el historial de los familiares, especialmente en la madre (Herman, 1981, Flores-Ortiz, 1995) Hallazgo clínicamente significativo toda vez que, en el caso particular de los trastornos distímicos, el DSM-IV (1995) manifiesta que el mismo es más frecuente entre aquellos que guardan relaciones de parentesco con personas afectadas por trastornos depresivos mayores. Señalamiento a pesar del cual no se debe perder de vista que, como lo asevera Lamboglia (1995)

“Si bien existe una predisposición genética a la depresión en muchos casos aparece como consecuencia del estrés que produce una relación destructiva” (p. 14).

En el mismo sentido se pronuncia Gabbard (s a.), al manifestar que estudios en los que se analizó el vínculo entre los trastornos afectivos y experiencias traumáticas en la infancia han hallado que estos eventos predisponen a una mayor vulnerabilidad frente a otros estresores ambientales

Por otra parte, al describir el concepto ansiedad, podemos partir de la definición del DSM-IV (1995) según la cual se refiere a la

“Anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo” (p 780)

Mientras que Sarason y Sarason (1996) le definen como

“Un estado emocional desagradable que está acompañado por la excitación fisiológica y los elementos cognitivos de aprensión, culpabilidad y una sensación de desastre inminente” (p. 603).

En el caso de los trastornos ansiosos presentados por las sobrevivientes de incesto, se observa que los mismos pueden relacionarse a su constante percepción del mundo como un lugar peligroso, condición que ha sido vinculada a “modelos progenitores defectuosos y la reactivación de un traumatismo anterior” (Whittaker, 1987, p. 625)

Concepción que se encuentra acorde con los señalamientos de Horney, citada por Engler (1996), quien explica la ansiedad como

“un sentimiento insidioso. que todo lo impregna, de estar solo y desamparado en un mundo hostil...(de manera que) el ambiente como un todo es temido debido a que es observado como irreal, peligroso, desagradecido e injusto” (p 123)

La información con la que se cuenta en la actualidad sugiere que las sobrevivientes de incesto tienden a desconectar los síntomas traumáticos de su origen, desvinculando los aspectos cognoscitivos y emocionales de la experiencia, lo que les impide integrar la experiencia traumática en su esquema de vida y aprender una respuesta más normal ante sus recuerdos estresantes. En estas condiciones, tienden a mantener una actitud hipervigilante, que puede durar toda la vida, y a expresar sus sentimientos de desesperación a través de fobias y cuadros psicósomáticos (Herman, 1992, Lawrence y Froning, 1992, Di Palma, 1994, Coleman, 1996, Walker, 1996)

Desde el punto de vista psicológico, resalta que la depresión y la ansiedad, que de manera inicial aparecen como estrategias adaptativas de afrontamiento, con el transcurrir del tiempo se vuelven condiciones crónicas que favorecen una interpretación de la realidad que acrecienta los problemas emocionales de las sobrevivientes, constituyéndose en elementos fundamentales que mantienen las conductas inadaptativas vigentes

Antes de proseguir es importante indicar que, así como se ha encontrado en diferentes poblaciones una alta prevalencia de la cosintomatología de los trastornos de ansiedad y depresión (Espada, 1997, Ayuso, 1997, Villoria, 1999, Carbonell et al., 2001), no es extraño observar que ambas alteraciones coexisten en las sobrevivientes de incesto quienes incluso, en algunos casos, pueden cumplir con los criterios para un Trastorno Mixto Ansioso-depresivo (descrito en el CIE-10). Sin embargo, cabe señalar que, en la mayoría de los casos, uno de los dos trastornos se va presentar como el dominante

En los últimos años diferentes estudiosos de las consecuencias del incesto en la vida adulta de las sobrevivientes (Herman, 1992; Walker, 1996, Arosemena y Villalobos, 1997) se han orientado a manifestar que sus síntomas depresivos y ansiosos pueden ser mejor enmarcados dentro del trastorno de estrés postraumático (PTSD), el cual se encuentra ubicado en el grupo de los trastornos por ansiedad en el DSM-IV (1995) En este manual se señala que la característica esencial del mismo es

“ . la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimientos estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquiera otra amenaza para su integridad física. .”(p 434-435).

Esta posición es apoyada por Ramellini y Mesa (1997) para quienes el PTSD es un criterio más apropiado para describir las consecuencias de la violencia en las personas adultas Contando además este diagnóstico, de acuerdo a Walker (1996), con diferentes subcategorías en función de los orígenes y reacciones ante situaciones traumáticas específicas, entre las que son señaladas como las más utilizadas

“el síndrome de trauma de violación, el síndrome de la mujer golpeada, el síndrome de niño golpeado, el síndrome de adaptación del niño abusado sexualmente, el síndrome de la explotación sexual del terapeuta y el síndrome del acoso sexual” (p. 47)

De igual modo, Herman (1992), Gil (1992) y Kaplan y Sadock (1993) sustentan que los síntomas presentados por las sobrevivientes de incesto se corresponden al PTSD, toda vez que el abuso sexual es un evento vivenciado como un trauma psíquico por sus víctimas, siendo sus efectos más devastadores en aquellas que intentan negar la experiencia o hacen un uso exagerado de los mecanismos de defensa.

Entre los síntomas de este Síndrome, de acuerdo al DSM-IV (1995), encontramos (p 435-436)

- 1 Disociación
- 2 Retraimiento.
- 3 Afecto restringido
- 4 Disturbios del sueño
- 5 Dificultad para concentrarse
- 6 Problemas de memoria
- 7 Culpabilidad irracional
8. Sobresalto exagerado ante peligros ambientales
- 9 Intensificación de los síntomas ante situaciones que hacen surgir recuerdos del trauma.

Herman (1992) y Copp (1999) indican que estos síntomas pueden ser clasificados dentro de tres categorías síntomas intrusivos, de evitación y de hiperexcitación, de acuerdo a cómo son experimentados y manejados los recuerdos que el trauma despierta. Así, la hiperexcitación se refiere a la constante expectativa que se tiene de un peligro inminente, la intrusión habla de los recuerdos vividos del trauma que regresan constantemente a la consciencia y la constricción hace alusión al bloqueo o enfriamiento emocional al que se recurre para controlar los recuerdos dolorosos

En un planteamiento similar, Walker (1996) señala que las respuestas de “lucha” y “evasión” observadas dentro del PTSD pueden ser equiparadas, respectivamente, con los síntomas de ansiedad y los síntomas depresivos que presentan las sobrevivientes de incesto

Es importante comentar que, si bien inicialmente los estudios sobre el PTSD se basaron en el impacto de un episodio aislado, recientes investigaciones han establecido que, como nos lo manifiesta Coleman (1996)

“ . resultados similares pueden surgir de crueldades inflingidas durante un período de años, como en el caso de los niños que son maltratados sexual, física o emocionalmente” (p. 239).

De igual forma, cabe indicar que estudios longitudinales han demostrado que los síntomas relacionados al PTSD pueden persistir mucho tiempo después de que la situación traumática ha finalizado adquiriendo, en algunos casos, características de cronicidad que pueden presentarse a través de remisiones y recaídas a lo largo de toda la vida (Suinn, 1993, National Center for PTSD, 1997)

Van der Kolk (1995) y Tróncer (1998) afirman que, desde este punto de vista, no son relevantes las características individuales de la víctima sino el acontecimiento estresante y los recuerdos perturbadores que este produce

A pesar de estos señalamientos, la aceptación de los diagnósticos en función del síndrome de estrés postraumático son aún motivo de mucha controversia ya que, aún cuando el mismo está constituido por una serie de síntomas definidos, se mantiene como un trastorno poco comprendido y mal diagnosticado. En parte esto se debe a que, inicialmente, solo se le relacionó con los veteranos de guerra involucrados en fuertes combates, posición que fue modificada por los estudios que demostraban que lo podían sufrir niños y adultos por igual, siendo el resultado de traumas tan variados como los que derivan de accidentes, violencia doméstica, violaciones, abusos físicos y sexuales

en la infancia o desastres naturales, todos los cuales tienen en común con los sobrevivientes de guerras la percepción de que la vida pudo estar en peligro (Herman, 1992; Sunn, 1993; Copp, 1999)

En relación a este tema, la American Psychological Association (1996) se ha pronunciado señalando que si bien se están utilizando técnicas que buscan valorar el impacto psicológico del abuso, frecuentemente agrupando los patrones específicos de síntomas dentro de síndromes definidos, no todas las sobrevivientes presentan rasgos que pueden enmarcarse dentro de categorías específicas, debido a que

“Algunos presentan síntomas que son congruentes con otros diagnósticos de salud mental tales como la depresión, la ansiedad o los desórdenes disociativos. Algunos/as evidencian una interrupción en el desarrollo cognitivo, conductual o social” (p 4)

Esta opinión no es contradictoria con la sustentada por los defensores de la utilización del diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, quienes concuerdan en señalar que muchas sobrevivientes, además de reunir los criterios para este trastorno, frecuentemente cumplen los criterios para diagnósticos adicionales según el DSM-IV, siendo los más frecuentes los trastornos afectivos mayores, la distimia, el abuso de sustancias y otros trastornos ansiosos (como los ataques de pánico)

Otro aspecto aún más controversial, en relación a este síndrome clínico, ha sido planteado por investigadores como Herman (1992) quienes señalan que la actual formulación del PTSD no caracteriza apropiadamente los principales síntomas que presentan las víctimas de violencia interpersonal repetitiva y prolongada, como la que se observa en el maltrato doméstico, el abuso sexual infantil o la tortura política. Por esta razón, han propuesto un diagnóstico alternativo en el que se enfaticen aspectos como la excesiva somatización, la disociación, la depresión, la conducta autodestructiva y los cambios patológicos en las relaciones interpersonales e identidad, al cual han

denominado “Síndrome de Estrés Postraumático Complejo” o “Trastorno de Estrés Extremo”

El National Center for PTSD (1999) y Gabbard (s a.) apoyan esta solicitud por considerar que los rasgos de personalidad de quienes han pasado por un síndrome de estrés complejo no suelen ser comprendidos de forma adecuada, tendiéndose fácilmente a diagnosticar a estas personas como personalidades límites, antisociales o con trastornos disociativos

En este mismo sentido se pronuncia Walker (1996) quien afirma que la tendencia de las sobrevivientes de incesto a ser intrusivas, al intentar anticipar las emociones de las personas que las rodean, conducta con la que se defienden de los sentimientos de inseguridad que el abuso evoca, favorece que en muchas ocasiones sean fácilmente etiquetadas como personalidades límites, pues “.. a menudo demuestran límites pobres o permeables . (teniendo) dificultad para saber dónde terminan ellas y empiezan las otras” (p. 73)

Para Herman (1992) estos señalamientos surgen a raíz de la confusión existente entre las características de los rasgos de personalidad y los síntomas más transitorios de PTSD en las mujeres que han sido víctimas de actos violentos, pues en su opinión

**“Las víctimas de abuso que han sido mal etiquetadas con desórdenes de personalidad usualmente tienen una forma compleja de PTSD ”(p 47)**

Cabe señalar que, a este respecto, la American Psychological Association (1996) ha señalado que es un error el etiquetar a las sobrevivientes de traumas como fronterizos, narcisistas, maniaco-depresivos, antisociales, esquizofrénicos o dementes

A pesar de una fuerte discusión en cuanto a si en realidad se trataba de dos entidades separadas que merecían identidades diagnósticas diferentes, los clínicos no

lograron un consenso en relación a este tema por lo que el PTSD complejo no fue incluido dentro del DSM-IV, decisión que será reevaluada durante su futura revisión

**CAPITULO II**  
**INTERVENCIÓN GRUPAL EN SOBREVIVIENTES**  
**DE INCESTO**

## **A. EL PROCESO DE CURACIÓN**

Como resultado del reciente incremento en el número de investigaciones con sobrevivientes adultas de incesto, los profesionales de la salud mental han tomado mayor conciencia sobre la importancia de que esta población reciba un tratamiento que les ayude a superar las secuelas devastadoras de esta experiencia y mejorar su calidad de vida, proceso que, de acuerdo a Clark (1995), debe cuidarse de no crear falsas expectativas a las sobrevivientes, pues

“ probablemente durará toda su vida, cada día revelando un poco más de alegría y un poco menos de dolor” (p 125)

El National Center for PTSD (1997) señala que los mejores resultados al trabajar con sobrevivientes de traumas, tales como el incesto, se obtienen cuando la intervención terapéutica se brinda dentro de las primeras horas y días de ocurrido el hecho. Sin embargo, frecuentemente estos pacientes no son detectados a tiempo y no reciben ningún tipo de apoyo de salud mental. De manera que, en muchos casos, cuando finalmente son referidos a los servicios especializados, presentan una sintomatología crónica que dificulta su atención y recuperación. En estas condiciones, de acuerdo a este centro, la mejor opción terapéutica, para las personas con un nivel moderado de disturbio, es la intervención grupal.

Para esta organización, las intervenciones grupales con los pacientes de PTSD son altamente recomendables, pues les permite compartir sus memorias traumáticas y los síntomas que les aquejan con personas que han tenido experiencias similares, aproximación que ha demostrado ser especialmente exitosa con “los veteranos de guerra, las víctimas de violación e incesto y los sobrevivientes de desastres naturales” (p 5)

De igual modo se pronuncia Van der Kolk (1995) al manifestar, en relación a las necesidades terapéuticas de quienes han experimentado situaciones traumáticas, que

“Las terapias grupales buscan enseñarles a modular sus respuestas ante otros de acuerdo a los requerimientos del presente, más que con las demandas del trauma, lo que facilita el crecimiento que interrumpió el trauma” (p 301)

En una posición similar, Berman (1990), Frank (1992) y Walker (1996) afirman que los tratamientos multimodales en los que se revisan factores cognoscitivos, afectivos y de conducta, con especial énfasis en la intervención grupal, han sido recomendados para las víctimas de abuso sexual en la infancia, pues permiten a las mismas hacer los cambios necesarios en su vida a través de procesos de aprendizaje

Independientemente de la modalidad terapéutica a la que se recurra en la atención de esta población, es necesario tener presente el señalamiento de Herman (1992) en relación a que la psicoterapia en estos casos

“ no deshace el trauma (pues) la meta de recontar la historia del trauma es integrarlo no exorcizarlo”  
(p 181)

En función de los efectos secundarios tan severos observados en la vida adulta de las sobrevivientes de incesto los especialistas en el tema, tales como Kempe y Kempe (1985), señalan la necesidad de que el tratamiento se brinde lo más pronto posible, medida con la que se permite una pronta elaboración de las perturbadas relaciones y emociones

Este tipo de psicoterapia, de acuerdo a Navarro (1990) y Branden (1995), debe aspirar, como objetivo principal, a disminuir los miedos sin fundamento y las reacciones depresivas al contribuir a que las sobrevivientes tomen conciencia de sus conductas inadaptadas, de forma que puedan modificarlas posteriormente

Sin embargo, es necesario recordar que este proceso frecuentemente se ve afectado por los sentimientos ambivalentes que las personas experimentan en relación a sus conductas neuróticas (Phares, 1992), pues como lo manifiesta Singer (1969)

“ . no sólo le molesta su neurosis, sino que también siente el impulso de la conducta e integraciones neuróticas, porque fueron preservadoras de la vida y espera aún que le ayuden a vivir” (p. 221)

A pesar de este señalamiento, es menester indicar que así como existe consenso respecto a los efectos traumáticos que el incesto produce en sus víctimas, también lo hay en que la sanación es posible, pero este proceso depende de la fortaleza de la sobreviviente para revisar los pormenores de la experiencia traumática y reestablecer sus vínculos sociales. De manera que el trabajo terapéutico, como lo aseveran Perrone y Nannini (1997), debe

“adaptarse a la realidad de la víctima, a su disponibilidad, a su madurez, a su necesidad de hablar, a sus medios de expresión y a su capacidad de digerir la experiencia de la terapia” (p. 146)

La American Psychological Association (1996) indica que, en su mayor parte, la terapia para adultos sobrevivientes de abusos en la infancia se enfoca en la teoría del trauma, pero puede considerar también otros modelos. No obstante, establece que independientemente del encuadre terapéutico utilizado

“ tal terapia debe ser inherentemente flexible porque los adultos/as abusados cuando niños/as presentan una amplia gama de reacciones que exigen un tratamiento individualizado” (p. 12)

Para Gil (1992) y Bass y Davis (1995) el proceso de curación es un continuo que se inicia con la conciencia de que el incesto ocurrió y que, a pesar del mismo, se logró sobrevivir, lo que debe unificarse a la consecución de una vida que no esté determinada por esa experiencia. De esta manera, se le brinda a la sobreviviente la esperanza de un mejor futuro

Al abordar esta tarea surge, como un tema de vital importancia en la intervención con las sobrevivientes de incesto, la notable dificultad que las mismas enfrentan para confiar, incluso en los terapeutas que le atienden, situación que contribuye a que mantengan en silencio el abuso y no se abran durante el proceso terapéutico (Watton Community Church, 1999)

Por esta razón, el proceso de recuperación debe iniciarse estableciendo una fuerte alianza terapéutica (Gil, 1992, Bass y Davis, 1995, Braddock, 1999), de manera que durante el desarrollo de la psicoterapia se garanticen condiciones mínimas de confidencialidad y contención que proporcionen a la sobreviviente un ambiente estable y seguro en el cual revisar sus experiencias y sentimientos de forma sistemática (Phares, 1992, Pines y Hutchinson, 1993, Gabbard, s a.)

En este sentido, Kaplan y Sadock (1983) afirman que la principal tarea a la que se deben abocar los terapeutas que atienden a víctimas traumatizadas es “ayudarles a recobrar un sentido de seguridad y dominio” (p 551), medida con la que se evita que el trauma se mantenga presente de forma intrusiva.

En relación a este aspecto, Herman (1981) identifica a los sentimientos de vergüenza y el temor a ser traicionada nuevamente como los principales obstáculos para la formación de una alianza terapéutica exitosa con las sobrevivientes de incesto, planteando que, por estas razones, es imprescindible que el tema de la confianza sea clarificado de forma temprana en la intervención, a fin de que la atención se centre sobre los problemas que la sobreviviente enfrenta en sus relaciones sociales como resultado del trato abusivo recibido en la infancia.

Una vez aseguradas estas condiciones, es importante desarrollar la habilidad de las sobrevivientes de incesto para identificar y expresar de manera adecuada sus emociones, pues tal como lo señalan diferentes autores (Forward y Buck, 1991,

Herman 1992, Lawrence y Froning, 1992, Bass y Davis, 1995, Braddock, 1999), generalmente las sobrevivientes no encuentran, de manera inmediata, un medio propicio para expresar los sentimientos despertados por la experiencia traumática y reprimen las emociones que rodean el hecho, a través del desarrollo de defensas con las que bloquean el dolor. Sin embargo, a largo plazo, esta situación es sumamente dañina toda vez que experimentar los sentimientos es un paso fundamental en la recuperación de quienes han sufrido traumas emocionales. Ante la frecuencia con que se observa esta conducta en las sobrevivientes muchas veces es necesario, tal como lo asevera Frank (1992)

“ .enseñarles cómo identificar sus emociones en el presente antes de que puedan describir los sentimientos del pasado y de su niña interior” (p 66)

En el mismo sentido, Van der Kolk (1995) indica que

“Evitar el reconocimiento de los sentimientos relacionados con el trauma promueve el acting out. Los pacientes deben aprender que el hecho de experimentar los sentimientos relacionados al trauma no hace que éste regrese con su violencia y desamparo acompañantes” (p. 300).

En relación a este aspecto, cabe señalar que Herman (1992) manifiesta que el error terapéutico más frecuentemente encontrado es la evitación del material traumático y que el segundo error es forzar de manera precipitada el trabajo con este material sin haber establecido adecuados niveles de seguridad y una fuerte alianza terapéutica.

Herman también afirma que, al iniciar la sobreviviente el relato del trauma, se debe abordar la situación en profundidad y con detalles, lo cual debe incluir imágenes y sensaciones físicas, de manera que pueda poner la totalidad de la experiencia en palabras. Sólo así los recuerdos traumáticos podrán ser transformados e integrados como parte de su vida como sobreviviente, volviéndose realmente parte de su pasado, permitiéndole dedicarse a reconstruir su vida en el presente y buscar la realización de

sus metas para el futuro. En su opinión, a pesar de que revivir el trauma le permite a las sobrevivientes controlarlo, en muchos casos el mismo se mantiene vivo debido a que ellas evitan rememorarlos de forma consciente.

Brindando un sustento biológico a este planteamiento, Coleman (1996) indica que volver a narrar el trauma en todos sus detalles permite a la neocorteza transformar el recuerdo, tanto en su significado emocional como en su incidencia sobre el cerebro, de manera que se vuelve más comprensible y manejable.

Un hallazgo frecuente, en relación a las emociones reprimidas en las sobrevivientes de incesto, es que las mismas confrontan serias dificultades para verbalizar y manejar su ira, tema que suele generar considerables sentimientos de culpa y que debe ser ampliamente explorado dentro del contexto terapéutico (Kaplan et al., 1990), ámbito en el que es importante que comprendan como la ira reprimida les conduce a involucrarse en comportamientos autodestructivos y tener frecuentes enfrentamientos con las figuras de autoridad (Lawrence y Froning, 1992).

En este sentido, autores como Herman (1981) y Bass y Davis (1995) señalan que todavía es poco comprendida la necesidad de la sobreviviente de enojarse inicialmente con la figura materna, que no la protegió, que con la persona que la agredió sexualmente, de forma que se puede cometer el error de intentar guiar a las sobrevivientes a enojarse con el abusador, medida que puede provocar una reacción defensiva de parte de las mismas, quienes necesitan desarrollar una nueva perspectiva de sus sentimientos de enojo hacia su madre a fin de lograr desarrollar una nueva imagen de sí mismas y de las mujeres en general, punto a partir del cual “el enojo hacia el padre y otros hombres abusivos usualmente aparece de forma espontánea” (Herman, 1981, p.191)

Sin duda uno de los principales objetivos a abordar con la sobreviviente de incesto es su pobre autoimagen (Frank, 1992; Fulmer, 1992, Bass y Davis, 1995), medida con la que se puede modificar su autoconcepto de víctima a sobreviviente y enseñarle a garantizar su protección física y emocional.

El desarrollo de habilidades sociales es otro aspecto central en la recuperación de las sobrevivientes de incesto, toda vez que, como lo señala Van der kolk (1995)

“La etiología y cura de las perturbaciones psicológicas relacionadas con el trauma dependen de manera fundamental de la seguridad de los vínculos interpersonales” (p. 289).

Así, encontramos que como resultado de la gran dificultad reportada por las sobrevivientes en su interactuar social cotidiano, debido a su escasa capacidad para mantener límites adecuados, es necesario que, como lo afirma indica Walker (1996)

“El plan de tratamiento pueda incluir habilidades interpersonales apropiadas necesarias para que ella pueda estar involucrada dentro de buenas relaciones sociales” (p. 31).

En relación a este punto, Lawrence y Froning (1992) afirman que, cuando las sobrevivientes son llevadas a utilizar sus capacidades adultas a un nivel de pensamiento abstracto y adquieren una mejor comprensión de los abusos y revictimizaciones vividos, se incrementa su capacidad para entablar relaciones sociales e íntimas que no entrañen aspectos abusadores

Una de las últimas etapas por las que deben pasar las sobrevivientes de incesto en la infancia, durante el proceso terapéutico, es la de hacer el duelo por lo que perdieron con esta experiencia su niñez, los fundamentos de la confianza en los seres humanos y la imagen internalizada de unos padres protectores, siendo este último aspecto medular en su recuperación toda vez que es la carencia de esta imagen la que

produce en las víctimas las mayores sensaciones de desamparo y aislamiento emocional (Forward y Buck, 1991, Herman, 1992, Branden, 1995, Kaplan y Sadock, 1995)

En esta labor, el terapeuta debe tener mucho cuidado en no infantilizar a la sobreviviente ni garantizarle favores especiales, pues, como lo señala Braddock (1999) y Gabbard (s.a.), con frecuencia ellas se adaptan a ser víctimas y se resisten a cualquier cambio en su sistema cognitivo y emocional. Por esta razón, la intervención terapéutica debe orientarse a ayudarlas a establecer límites seguros en los que puedan identificar las fortalezas que les permitieron sobrevivir y los comportamientos que limitan su recuperación (Clark, 1995, American Psychological Association, 1996).

De manera que, como lo indica Herman (1992), parte de ayudar a la sobreviviente a reconstruir su poder personal es entender y transmitirle que sí bien.

“...no es responsable por el daño que le fue infligido, sí es responsable de su recuperación” (p. 192).

## **B. ETAPAS DE LA INTERVENCIÓN**

A pesar de que entre los especialistas en la atención de sobrevivientes de incesto existen variadas opiniones en relación a los métodos y técnicas disponibles para ayudarlas, los terapeutas suelen concordar en algunos principios básicos a tener presente

Ramellini y Mesa (1997) señalan que las intervenciones con las personas que han sufrido experiencias de violencia intrafamiliar deben estar destinadas a reducir las secuelas que las mismas han dejado, abarcando los aspectos psicológicos, sociales, legales y biológicos implicados. Estas intervenciones, si bien dependen de las necesidades particulares de la sobreviviente, siguen una serie de metas comunes (p 25-26)

- 1 Garantizar la protección de la víctima

- 2 Reforzar la capacidad para tomar decisiones y resolver problemas
- 3 Sanar los efectos postraumáticos
- 4 Prevención de nuevas situaciones de abuso

Para Forward y Buck (1991), el tratamiento con sobrevivientes debe pasar por tres etapas básicas (p. 324-326)

- 1 El ultraje
- 2 El duelo
- 3 La liberación y el fortalecimiento

Gil (1992) indica que, si bien existen numerosos métodos para trabajar con las sobrevivientes adultas de incesto, los mismos, en términos generales, siguen una serie de lineamientos que cubren áreas básicas de trabajo, tales como (p. 281- 284).

- 1 Auto-imagen más amplia y fortalecimiento de la autoestima.
- 2 Sensación de poder
- 3 Dolor y pérdida.
- 4 Tolerancia al dolor
- 5 Depresión y enfado
- 6 Titularidad.
- 7 Resolución del trauma
- 8 Evaluación suicida y homicida
- 9 Romper el aislamiento
- 10 Reclamar el cuerpo
- 11 Reclamar la sexualidad

Bass y Davis (1995) manifiestan que hay una serie de fases por las que deben pasar las sobrevivientes de incesto para superar su experiencia, aunque aclaran que algunas de las mismas no son válidas para todas las sobrevivientes. Esta curación no es

lineal ni tiene un orden determinado, comparando el proceso como una espiral en la cual se puede pasar una y otra vez por las mismas fases, de acuerdo a las necesidades particulares de cada sobreviviente. Entre las fases propuestas por estas autoras encontramos (p 80-82).

- 1 La decisión de curar
- 2 La fase de crisis
- 3 Recordar
- 4 Creer que sucedió
5. Romper el silencio
- 6 Comprender que no se tuvo la culpa.
- 7 Comunicarse con la niña interior.
- 8 Confiar en ellas mismas
- 9 Sentir y desahogar la aflicción
- 10 La rabia como piedra angular de la curación
- 11 Revelaciones y confrontaciones
- 12 ¿Perdonar?
- 13 Espiritualidad
- 14 Resolución y a otra cosa.

Friedman (1996) asevera que la mayoría de los terapeutas que trabajan con sobrevivientes de situaciones traumáticas concuerdan, en términos generales, en que las intervenciones con dichas personas deben pasar por tres etapas

- 1 El establecimiento de un ambiente de seguridad y confianza que permita el acceso a la información traumática, hasta ese momento fuertemente guardada.

2. La exploración profunda y detallada del trauma abarcando sus secuelas en la vida del sobreviviente (tales como los recuerdos intrusivos y el entumecimiento emocional)
3. Facilitar la desconexión del trauma y el establecimiento de nuevos vínculos con el entorno (familia, amigos y sociedad en general)

Perrone y Nannini (1997) afirman que el punto central de las intervenciones terapéuticas con las sobrevivientes radica en hacerles comprender la naturaleza de las experiencias vividas y que las mismas no fueron provocadas por ellas. Para lograr este fin, manifiestan que dichas intervenciones deben contemplar las siguientes áreas de trabajo (p 142-145)

1. La efracción. etapa que se dirige a restaurar los límites personales de la sobreviviente, su intimidad y su sentido de pertenencia a un grupo
2. La captación. etapa dedicada a ayudar a la sobreviviente a comprender las técnicas utilizadas por el abusador para vencer su resistencia, de manera que pueda liberarse de las mismas
3. La programación. etapa dirigida a modificar los aprendizajes programados por el abuso de manera que la sobreviviente comprenda como fueron interiorizados por el abusador. Así, será capaz de entender el origen de sus sentimientos y liberarse de la responsabilidad incorrectamente asumida sobre los abusos sufridos

Este trabajo no necesariamente debe seguir el orden presentado, pero las etapas deben ser desarrolladas de manera que satisfagan la coherencia total del tratamiento

Herman (1992) indica que, en función de que el núcleo del trauma psicológico descansa en la pérdida de poder y la desconexión de los otros, el proceso de recuperación se debe basar en el “empoderamiento” de la sobreviviente y el

establecimiento de nuevos vínculos con su entorno, procedimiento que debe abarcar tres etapas básicas (p 3)

- 1 El establecimiento de la sensación de seguridad
2. La reconstrucción de la historia del trauma.
- 3 La restauración de la conexión con otras sobrevivientes y su comunidad

A este respecto, Coleman (1996) señala que en el ordenamiento de los pasos para la recuperación del trauma propuestos por Herman se observa una lógica biológica y en su opinión

“esta secuencia parece reflejar la forma en que el cerebro emocional aprende una vez más que la vida no tiene por qué ser considerada como una emergencia que está a punto de producirse” (p. 246).

Por su parte, Walker (1996) postula un modelo de atención al que denomina “terapia de sobrevivencia” destinado a ayudar a las víctimas de traumas a superar las secuelas y volverse sobrevivientes, modelo que combina la teoría feminista y los principios del trauma, y entre cuyos principios se incluyen (p 60)

- 1 La Seguridad y Empoderamiento de la víctima.
2. La Validación de los derechos de la víctima.
3. El énfasis en la fortaleza
- 4 La educación y alternativas expansivas
- 5 La comprensión de la opresión

De manera adicional, Walker indica que parte del trabajo al que se debe abocar la sobreviviente, para superar el PTSD, incluye el controlar los síntomas intrusivos de la memoria, medida con la que se evita que recurra a la disociación, negación, minimización y represión.

Con este fin, esta autora señala que las sobrevivientes deben aprender a identificar los estímulos que facilitan la evocación de imágenes repentinas, aprender a

utilizar la disociación conscientemente a su voluntad, ajustar el ambiente y utilizar la imaginación guiada para controlar sus sueños y evitar las pesadillas

El National Center for PTSD (1999) afirma que si bien se han desarrollado diferentes técnicas terapéuticas para ayudar a quienes han pasado por una experiencia traumática, la mayoría comparte los siguientes lineamientos en común (p. 1)

- 1 La terapia es individualizada para atender las necesidades específicas de la víctima, las cuales son evaluadas a través de entrevistas pormenorizadas a lo largo de la intervención terapéutica
- 2 La terapia sólo se realiza en quienes no se encuentren atravesando una crisis (por ejemplo, por ideación suicida, problemas de adicción o problemas de violencia en el hogar), pues el problema inmediato debe ser atendido prioritariamente.
- 3 Se debe establecer una atmósfera de confianza y apertura entre el paciente y el terapeuta, de manera que se pueda realizar una exploración detallada de los recuerdos traumáticos y se mejore la capacidad de la sobreviviente para enfrentarlos sin sentirse abrumada por ellos
- 4 La meta de la intervención enfocada en el trauma es lograr que la víctima aprenda a enfrentar los recuerdos, desarrollando destrezas que al mismo tiempo le ayuden a reforzar su autoestima y autoconfianza.
- 5 Ante la variedad de técnicas existentes para abordar los recuerdos traumáticos, se elige la adecuada a cada caso particular en función del tipo de problema postraumático presentado respuesta al estrés normal, trastorno de estrés agudo, PTSD sin complicación, PTSD comórbido con otros trastornos psiquiátricos y PTSD complejo

La American Psychological Association (1996) establece que la intervención con los adultos sobrevivientes de abusos en la infancia debe ser sensitiva a las

necesidades individuales y encontrarse altamente estructurada, teniendo presentes aspectos como “la valoración, la fijación de metas y la planificación del tratamiento” (p 12)

Sin importar cuál de los lineamientos esbozados se use para orientar la intervención terapéutica con estos casos, es necesario tener presente que las víctimas de traumas rara vez se recuperan de sus secuelas en un corto período de tiempo, de manera que es importante respetar su ritmo personal de progreso durante la intervención. En el mismo sentido se pronuncia el National Center for PTSD (1999), al manifestar que las personas con un PTSD complejo que acuden a tratamiento

“ .frecuentemente toman mucho tiempo, pueden progresar a un ritmo muy lento, y requieren un programa terapéutico sensitivo y altamente estructurado impartido por un equipo de especialistas en trauma” (p 3)

Ante estos planteamientos, es oportuno indicar que autores como Walker (1996) han establecido que el tiempo promedio que pueden requerir las sobrevivientes para recuperarse oscila entre los 18 meses y los 5 años

La psicóloga Mary Harvey, citada por Herman (1992), señaló siete criterios para la resolución del trauma, teniendo presente que el mismo es un proceso continuo y sin fin, toda vez que el impacto de los hechos traumáticos reaparecen a lo largo de la vida de la sobreviviente. Entre estos criterios incluye (p 213)

- 1 Los síntomas de trastorno de estrés postraumático se encuentran dentro de límites manejables
- 2 La persona es capaz de soportar los sentimientos asociados con las memorias traumáticas
- 3 La persona tiene control sobre sus memorias, pudiendo elegir entre recordar el trauma o alejarlo

- 4 El recuerdo del evento traumático tiene una narrativa coherente y se encuentra conectado con los sentimientos que despierta.
- 5 La autoestima dañada se encuentra restaurada.
- 6 Las relaciones interpersonales importantes para la persona se encuentran reestablecidas
- 7 La persona ha reconstruido un sistema coherente de significados y creencias que encuadra la historia del trauma (p 213)

### **C. INTERVENCIÓN GRUPAL CON SOBREVIVIENTES DE INCESTO**

#### **1. GENERALIDADES DE LA INTERVENCIÓN GRUPAL**

La terapia grupal, como modalidad de tratamiento, ha recibido considerable impulso en las últimas décadas, pues, debido a su eficacia y costos más accesibles, es una alternativa viable en el abordaje de una gran variedad de trastornos. De manera que se pueden extender los servicios de salud mental a poblaciones que, en otras circunstancias, no podrían recibir los cuidados que requieren (Alonso y Swiller, 1993)

Kaplan y Sadock (1995) le definen como una.

“forma de tratamiento en la que las personas emocionalmente enfermas que han sido cuidadosamente seleccionadas se colocan dentro de un grupo, guiadas por un terapeuta, con el propósito de ayudarse unos a otros a efectuar un cambio en su personalidad” (p 630)

La intervención grupal se diferencia de la individual en que recrea, en la situación terapéutica, las condiciones de la vida real en un marco de dar y recibir, permitiendo a las personas comprender que otros enfrentan dificultades similares a las suyas y ofreciéndoles la oportunidad de encontrar solución a sus conflictos (Whittaker, 1987), lo que es posible debido a que el terapeuta se enfoca en brindar a los miembros del grupo una experiencia emocional en la que pueden corregir sus percepciones sobre

el mundo y sobre sí mismos, muchas de las cuales tienen sus orígenes en el pasado Corey (1995)

Para Phares (1992) la experiencia grupal le brinda la oportunidad a sus integrantes de aprender nuevas cosas y modificar patrones incorrectos de pensamiento, pues una de sus principales metas consiste en “hacer al cliente un ser humano más competente y efectivo” (p 294)

Davidoff (1984) señala que para algunos expertos la terapia grupal es superior a la terapia individual, para tratar determinadas problemáticas, debido a las siguientes razones (p. 636-637)

- 1 Ofrece una amplia gama de modelos
- 2 La retroalimentación realista proviene de diferentes personas
3. Los miembros del grupo intercambian una enorme cantidad de aliento y apoyo
- 4 Los individuos pueden ganar objetividad en un grupo No es probable que sean los únicos con determinado problema
- 5 La terapia de grupo ofrece verdaderas oportunidades para practicar y mejorar las aptitudes sociales
- 6 Por medio de la observación de la interrelación de los miembros del grupo, el terapeuta adquiere un conocimiento muy valioso acerca de la conducta social real
- 7 La terapia de grupo es más económica Es decir, abarca a más seres humanos a un costo menor por persona que la terapia individual

En el mismo sentido se pronuncian Sank y Schaffer (1993) quienes afirman que el formato de grupo es igual de eficiente que el tratamiento individual al atender a personas con problemas de ansiedad y depresión moderadas, de manera particular a los relacionados con problemas en el establecimiento de relaciones interpersonales

satisfactorias, siendo posible que aventaje al enfoque individual en función de (p 49-50)

- 1 El aprendizaje vicario
- 2 Promoción de la independencia.
- 3 Aprendizaje de los compañeros
- 4 Aprendizaje mediante la ayuda a otros
- 5 Tener problemas similares
- 6 Compromiso público
- 7 Estímulo a través del éxito de otros

Para Sue, et al (1996) los enfoques grupales presentan una serie de cualidades comunes que facilitan el cambio positivo en sus participantes, entre los que destacan que (p 544)

- 1 Facilitan el desarrollo de nuevas habilidades sociales y de comunicación
- 2 Ayudan a los participantes a sentirse menos aislados y asustados a causa de sus dificultades particulares, de manera que se les facilita ser más abiertos al expresar sus sentimientos
- 3 Brindan a sus miembros sentimientos de pertenencia, protección y confianza que les motivan a buscar e implementar alternativas activas con las que enfrentar sus conflictos

Mientras que, de acuerdo a Sarason y Sarason (1996), las intervenciones grupales reúnen una serie de características comunes, entre las que señalan (p 542)

- 1 La autorrevelación.
- 2 La aceptación y apoyo
- 3 Aclaración de las normas.
- 4 Aprendizaje social

- 5 Aprendizaje vicario
- 6 Comprensión de sí mismo

## **2. CONSIDERACIONES SOBRE LA INTERVENCIÓN GRUPAL EN EL INCESTO**

Como ya lo señaláramos, en los últimos años las intervenciones grupales han sido ampliamente recomendadas como alternativa terapéutica para quienes han pasado situaciones traumáticas en la infancia, pues la aceptación del grupo permite superar los sentimientos de culpa y vergüenza lo que, a su vez, favorece que sus integrantes se beneficien de la fuerza que les permitió, de manera individual, sobrevivir al trauma

Según el National Center for PTSD (Septiembre 1999), el tratamiento grupal es una alternativa que ha demostrado ser exitosa con personas traumatizadas debido a que les proporciona un espacio seguro en el que pueden compartir sus recuerdos traumáticos y los síntomas que les aquejan con otras personas que, al haber vivido experiencias similares, pueden ser particularmente empáticos con su sufrimiento. Además, de que para muchos sobrevivientes es más fácil aceptar las confrontaciones que provienen de alguien que ha pasado sus mismas experiencias que las aportadas por un terapeuta que no las conoce por vivencia personal. De acuerdo a este Centro, a medida que las sobrevivientes trabajan con el material traumático y los sentimientos que les despierta también se preparan para enfocarse en su vida actual, pues

“El contar su historia (“la narración del trauma”) y enfrentar directamente el pesar, la ansiedad y la culpa relacionadas al trauma le permite a muchos sobrevivientes seguir adelante con sus vidas ” (p. 2)

Kaplan y Sadock (1983) señalan que los grupos terapéuticos dirigidos a trabajar con personas víctimas de traumas varían en función del énfasis que dan a las diferentes

dificultades presentadas por las mismas. No obstante, indican que estos grupos, por lo general, persiguen una serie de resultados en común, entre los que señalan (p. 554)

- 1 Estabilizar las reacciones psicológicas y fisiológicas al trauma.
- 2 Explorar y validar percepciones y emociones
- 3 Reparar los recuerdos
- 4 Comprender los efectos de las experiencias pasadas en los afectos y conductas actuales.
- 5 Aprender nuevas maneras de lidiar con el estrés personal.

Mientras que para Van der Kolk (1995) los grupos relativos al trauma tienen entre sus tareas

- 1 Explorar y validar las percepciones y emociones
2. Recuperar los recuerdos
- 3 Comprender los afectos y conductas actuales como reactivaciones de la experiencia pasada

A pesar de que se cuentan con pocos estudios que analicen la eficacia de las intervenciones grupales dirigidas específicamente a las sobrevivientes de incesto, existe una creciente convicción de que la recuperación es más completa cuando el trabajo terapéutico individual es complementado con el trabajo grupal (Courtois, 1988, Knight, 1990, McClendon, 1991). En este sentido, se pronunciaron Alexander, et al (1989) al concluir, como resultado de un estudio comparativo sobre intervenciones grupales con esta población, que la terapia grupal era efectiva en disminuir algunas de las secuelas crónicas del incesto.

No obstante, de igual manera, se pueden encontrar opiniones opuestas (Herman, 1981) que sustentan que para muchas sobrevivientes la intervención grupal puede ser preferible sobre el tratamiento individual, pues les permite conectarse plenamente con

sus recuerdos y reconstruir los vínculos sociales destruidos por los hechos traumáticos, proceso que sólo puede lograrse al descubrir que no están solas y, en su opinión “en ninguna parte esta experiencia es más inmediata, poderosa o convincente que en un grupo” (Herman, 1992, p 215), espacio en el que, además de establecerse relaciones mutuamente provechosas, se facilita el empoderamiento colectivo a través de los vínculos de compañerismo y de igualdad

Este punto de vista es respaldado por Kaplan y Sadock (1983) quienes afirman que la intervención grupal, por medio de la flexibilidad con la que permite que se ejerzan diferentes roles (pasivos, activos y de apoyo), facilita que las personas puedan exponer y compartir abiertamente sus experiencias con otras sobrevivientes, pues

“promueve el autoconcepto de ser al mismo tiempo víctima y sobreviviente...(lo que puede) facilitar el empoderamiento a través del aliento que da el apoyo mutuo” (p 553).

Bass y Davis (1995) afirman que el trabajo grupal es una forma altamente recomendable de trabajar con mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia, siendo particularmente útil para trabajar temas como la vergüenza, el aislamiento, el secreto y la autoestima. Ambas autoras agregan que:

“Pertener a un grupo da la oportunidad de estar con supervivientes de abuso sexual en la infancia cuando exponen sus sentimientos, sus luchas y sus triunfos. Se ven mujeres que, a pesar de su sufrimiento y problemas, son personas fuertes, hermosas e íntegras” (p 452).

Otros autores (Berman, 1990, Lawrence y Froning, 1992, Walker, 1996; Perrone y Nannini, 1997, Braddock, 1999) se manifiestan en términos similares, destacando que la participación en grupos terapéuticos les permite a las sobrevivientes de incesto expandir sus opciones de sobrevivencia al romper con la idea de un destino fatal y aprender a establecer relaciones sanas con su entorno.

Ramellini y Mesa (1997) manifiestan que las intervenciones con las víctimas de abusos sexuales pueden ser individuales o grupales no obstante, por las características de secreto impuesto a las mismas, la terapia individual debería, entre otras metas, preparar a las personas para una posterior incorporación a un grupo, el cual ha demostrado ser necesario para su recuperación y empoderamiento. En su opinión, esto es posible debido a que

“El grupo permite romper el secreto, el aislamiento y el estigma causado por el abuso y promueve la exploración y resolución del trauma y sus secuelas”  
(p. 42)

Del mismo modo, Fulmer (1992) manifiesta que si bien inicialmente los sentimientos de vergüenza que experimenta la sobreviviente pueden hacer que se resista a participar en una intervención grupal, la misma es probablemente la mejor alternativa terapéutica toda vez que le permite conocer y apreciar a personas que han pasado por sus mismas experiencias, aprecio que posteriormente pueden extender hacia sí mismas. Además, de acuerdo a este mismo autor, en muchas ocasiones las integrantes del grupo son vistas como las mejores terapeutas, pues al ser compañeras sus comentarios pueden ser atendidos al margen de las reacciones causadas por las transferencias que el terapeuta, como figura de autoridad, puede despertar.

A pesar de estas afirmaciones, Forward y Buck (1991) señalan que para un pequeño número de sobrevivientes de incesto, la intensidad de una intervención grupal puede ser intolerable y en esos casos lo recomendable es la intervención individual. Sin embargo, son enfáticos en indicar que, para la población restante, trabajar el trauma del incesto a nivel grupal le será especialmente beneficioso al permitirles romper con el aislamiento en el que suelen vivir.

### **3. VENTAJAS DE LA INTERVENCIÓN GRUPAL EN INCESTO**

Herman (1992) señala que los beneficios de los grupos terapéuticos dirigidos a las sobrevivientes de incesto se derivan de contar con un espacio privilegiado que hace posible para las mujeres "superar las barreras de la negación, secreto y vergüenza que les impiden reconocer los daños sufridos" (p. 29)

Yalom (1985), citado por Knight (1990), afirma que las intervenciones grupales dirigidas a las sobrevivientes de incesto han demostrado ser de gran efectividad, pues reúnen factores curativos que son de fundamental importancia para esta población, entre los que identifica (p 203)

- 1 La sensación altruista que se experimenta de brindar apoyo a otras personas con lo que se confirma que se poseen cualidades y fortalezas, no sólo debilidades
- 2 La sensación de pertenecer a un lugar donde se pueden compartir las experiencias dolorosas y recibir apoyo
- 3 Los sentimientos de esperanza en el futuro que surgen de la oportunidad de observar a compañeras hacer cambios positivos en sus vidas, lo que facilita la creencia en la propia capacidad para cambiar
- 4 La oportunidad de establecer relaciones íntimas con otras personas, lo que eventualmente les permite lograr la cohesión grupal y llevar a cabo modificaciones en sus patrones de conducta
- 5 El empoderamiento que se experimenta de revisar las propias fortalezas

Courtors (1988) señala también una serie de ventajas que aporta la terapia grupal y que contribuyen a la obtención de las metas de la terapia del incesto, entre las que destaca (p 3-6)

1. Permite la identificación y el compartir experiencias con otras personas, a través del establecimiento de una alianza terapéutica, de manera que se favorece la superación de los sentimientos de vergüenza y el estigma que pesa sobre ellas
2. El marco grupal permite que se incremente la conciencia sobre el tema del incesto, contribuyendo a una percepción más adecuada de la realidad.
3. El mismo hecho de asistir a un grupo terapéutico se constituye tanto en la ruptura del silencio largamente impuesto, como en la aceptación pública de la situación vivida.
4. Permite a sus participantes contar con un lugar seguro (una familia de elección) en el que no serán lastimados y pueden evitar que otros lo sean, al mismo tiempo en que reparan los daños causados por la traición a la confianza
5. Facilita el enfrentamiento de la negación y la exploración integral de los sentimientos y creencias relacionadas al incesto
6. El grupo permite a las sobrevivientes evaluar cómo su conducta actual ha estado influenciada por las creencias distorsionadas y los mensajes internalizados por el incesto, de manera que pueden aprender a modificar sus creencias reforzando su autoestima y procurándose mayores autocuidados.
7. Brinda un espacio para enfrentar y completar el duelo por las pérdidas que la experiencia del incesto provocó
8. Permite a las terapeutas evaluar de forma directa las dinámicas y los mecanismos de defensa con las que las sobrevivientes se relacionan con su medio, de manera que se les puede retroalimentar en relación a nuevas formas de conducta para interactuar con su entorno social

Independientemente de si la intervención grupal que se realiza asume la forma abierta o cerrada, Ramellini y Mesa (1997) señalan que esta modalidad terapéutica reúne los siguientes beneficios (p 43)

- 1 La identificación con otras participantes y el establecimiento de una alianza de recuperación que ayuda a superar los sentimientos de aislamiento
- 2 Reconocimiento de vivencias y problemas comunes entre los miembros
- 3 El romper el silencio y aceptar la experiencia del abuso como un elemento que ayuda a recuperar cierto poder frente a la figura del abusador
- 4 Se contrarrestan los mecanismos de negación, minimización y represión utilizados para no enfrentar la experiencia del abuso
- 5 Establecimiento de una red de apoyo o "familia segura" a quien se puede acudir
- 6 Se facilita la revisión de las creencias y emociones relacionadas al abuso
- 7 Se cuenta con un lugar seguro para elaborar el proceso de duelo
- 8 Se pueden evaluar las dinámicas de interacción entre las participantes, para comprender cómo funcionan en sus otras interacciones sociales, a la vez que se facilita el aprendizaje de nuevas pautas de conducta.

No obstante, a pesar de las múltiples ventajas señaladas, Courtois (1988) afirma que es fundamental tener claridad de que el tratamiento grupal no es una alternativa terapéutica para todas las sobrevivientes de incesto, ya que esta experiencia puede exacerbar más que aliviar algunos de los conflictos de las participantes, por lo que se hace necesaria una evaluación de las fortalezas, motivaciones y funcionamiento actual de las candidatas antes de recomendar su incorporación a una terapia grupal. De manera particular, esta autora considera contraindicada la terapia grupal en los casos de personas con

“psicosis aguda, comportamiento suicida, el abuso severo de drogas, la falta de motivación, para el

cambio, el temor a abrirse, un alto grado de negación, personalidad paranoide, sociopática y altamente narcisista o limitrofe” (p 12)

#### **D. GRUPO DE APOYO ESTRUCTURADO A CORTO PLAZO**

En los últimos años, la literatura clínica referente a las intervenciones terapéuticas para las sobrevivientes de incesto ha centrado sus esfuerzos en el desarrollo y evaluación de terapias grupales estructuradas a corto plazo, las cuales, en términos generales, incluyen una serie de metas entre las que, de acuerdo a Cohen (1993), destacan (p 357):

- 1 Aminorar la angustia.
- 2 Lograr el pronto reestablecimiento del equilibrio emocional previo del paciente
- 3 Promoción del uso eficiente de los recursos del paciente
- 4 Desarrollo de la comprensión del individuo con respecto a su perturbación actual y aumento de las habilidades de enfrentamiento para el futuro.

A continuación, comentaremos algunos aspectos de esta modalidad de intervención

##### **1. VENTAJAS**

Alexander, et al (1989) indican que los grupos de tiempo limitado son especialmente útiles para tratar a las sobrevivientes de incesto, debido a que disminuyen sus sentimientos de encontrarse aisladas tanto como facilitan que las mismas establezcan relaciones interpersonales con actitudes más adaptativas. En su opinión, esto ocurre debido a que

“ . su enfoque específico en el incesto contrarresta la negación de la familia incestuosa sobre el problema. Más aún, los claros límites de tiempo proveen un contraste a la falta de estructura de la familia incestuosa ”(p 479).

Mientras que Herman (1992) afirma que los grupos terapéuticos de tiempo limitado, que se centran en una historia de incesto común, son de gran valor debido a que reúnen una serie de ventajas, entre las que señala (p 222)

- 1 Permiten establecer los vínculos necesarios para llevar a cabo una parte delicada y específica del trabajo terapéutico
- 2 Permite a las sobrevivientes tolerar el clima de intensidad altamente emocional que estos grupos suelen generar debido a la seguridad de que el mismo no se prolongará indefinidamente
- 3 Favorece el rápido establecimiento de vínculos con las otras participantes, al mismo tiempo que las disuade de formar una “limitada identidad de sobreviviente”

Sprei, citado por Courtois (1988), señala entre las ventajas de los grupos de tiempo limitado las siguientes (p 7-8)

- 1 Son más fáciles para quienes sólo desean comprometerse en una intervención terapéutica por un período limitado de tiempo
- 2 Favorecen el trabajo enfocado hacia metas específicas
- 3 Resaltan el abordaje de los temas relacionados al abuso sexual más que enfatizar las relaciones interpersonales intragrupo
- 4 Disminuyen los sentimientos de ansiedad de las sobrevivientes que contemplan incorporarse a un grupo
- 5 Minimizan de manera intencional los niveles de dependencia que las sobrevivientes suelen desarrollar
- 6 Brindan una visión más alentadora de lo que se puede esperar del futuro.
7. Estimulan los lazos y disminuyen la resistencia a compartir debido al tiempo limitado con que se cuenta

- 8 Brindan una estructura con límites claros que sirve de contención cuando se abordan aspectos intensos y desorganizadores de la intervención.
- 9 Favorecen que se expresen sentimientos y conflictos que posteriormente pueden ser abordados con mayor profundidad en la terapia individual o en un grupo de larga duración
- 10 Se encuentran organizados en base a los lineamientos exigidos en la mayoría de los centros y agencias encargadas de las víctimas de asalto sexual

Por su parte, Braddock (1999) afirma que una de las ventajas de los grupos de tiempo limitado es que "suelen estar más motivados a centrar su atención" (p. 229) por la conciencia que hay en relación a la cantidad de sesiones con las que se cuenta. Pero, al mismo tiempo, señala como un posible peligro de los mismos que el trabajo terapéutico puede finalizar justo en el momento en que las sobrevivientes están empezando a establecer niveles de confianza más profundos

## **2. CONDICIONES DE LA INTERVENCIÓN**

### **a Estructura**

En relación a este aspecto, diferentes autores (Herman, 1981; Kaplan y Sadock, 1983, Courtois, 1988, Pines y Hutchinson, 1993, Braddock, 1999) aseveran que un grupo terapéutico debe tener límites fuertes y claros, con un lugar de reunión y horario definido, situación que permite a las participantes identificar y tratar las situaciones en el ambiente que disparan los recuerdos del trauma sufrido, de manera que puedan controlar las condiciones en las que el trauma es rememorado, aspecto de suma importancia pues, tal como lo señala Van der Kolk (1995)

**“Mantener la estructura y las reglas básicas de seguridad permiten preservar el estatus de la alianza terapéutica lo que constituye la protección más poderosa contra la reactivación del trauma” (p. 293)**

### b. Número de sesiones

En cuanto al número de sesiones utilizadas en la psicoterapia breve de grupo, debemos señalar que si bien se observa que la misma puede variar por un número de dos a cincuenta (Kaplan y Sadock, 1995), en el caso particular de las intervenciones con sobrevivientes de incesto la literatura clínica existente hace referencia a grupos con un intervalo de duración que se extiende de cuatro a veinte sesiones (Herman, 1981, Van der Kolk, 1995, MacKenzie, 1995), resaltando que aquéllos que cubrían menos de diez sesiones tenían un alcance terapéutico limitado (Courtois, 1988)

En relación a la frecuencia y duración de las mismas, encontramos autores que vinculan la mayor efectividad terapéutica a sesiones de una hora y quince minutos, dos veces por semana (Grinberg et al , s a.) y a sesiones de noventa minutos a dos horas, por lo menos una vez a la semana (Phares, 1992)

### c. Número de participantes

En relación al número de participantes en este tipo de tratamiento, diferentes autores (Bernstein y Nietzel, 1982, Cohen, 1995, Grinberg et al , s a ) manifiestan que el número con el que puede contar un grupo varía entre seis y doce integrantes, siendo de mayor riesgo los grupos muy grandes debido a que pueden obstaculizar una exploración sensible de los comentarios de los participantes, mecanizar las retroalimentaciones y promover el aislamiento de algunos integrantes

Phares (1992) y MacKenzie (1995) encuentran razonables los grupos constituidos de cinco a diez pacientes, ya que este número alienta una mayor apertura psicológica y altos niveles de interacción

Por su parte, Kaplan y Sadock (1987) señalan que la terapia de grupo ha sido exitosa con grupos de tres a quince miembros, pero “la mayoría de los terapeutas consideran que ocho a diez miembros es el número óptimo”(p 632)

Mientras que Herman (1981) señala que la mayoría de los estudios con grupos de sobrevivientes adultas de incesto de tiempo limitado revelan que, por lo general, los mismos tenían de 4 a 6 miembros cada uno y que el beneficio más importante de la experiencia fue derivado del compartir los sentimientos acerca del abuso sexual con otras mujeres

d. Número de terapeutas

En relación a este aspecto, debemos señalar que si bien un pequeño número de autores han indicado que es posible que los grupos dirigidos a sobrevivientes adultas de incesto sea facilitado por una sola terapeuta, el consenso general es que la complejidad de los conflictos y emociones observados en esta población hace altamente recomendable que las intervenciones grupales cuenten con por lo menos dos facilitadoras (Courtois, 1988, Herman, 1992, Gil, 1992, Bass y Davis, 1995, Batres, 1997), medida de particular importancia para mantener dentro de límites adecuados los procesos de transferencia y, en especial, la idealización del terapeuta

De manera adicional, cabe señalar que autores como Grinberg et al. (s.a.) plantean como de gran utilidad para las terapias de grupo la presencia de un observador que brinde elementos complementarios sobre la experiencia grupal, mismo que debe cumplir con tres funciones principales

- 1 Registrar, como resultado de la observación directa, la comunicación verbal y no verbal, intercambiadas en el grupo, las interrelaciones de los distintos miembros y los cambios que se producen de una sesión a otra
- 2 Conferenciar con el terapeuta, después de finalizada la sesión o antes de la siguiente, los aspectos más sobresalientes observados durante la sesión
3. Apoyar el análisis subsecuente de los datos obtenidos

e Otras consideraciones

Kaplan y Sadock (1987) y Mackenzie (1995) indican que los grupos breves son más efectivos cuando la composición del grupo es estable y homogénea, los miembros tienen trastornos similares o problemas emocionales comparables y los objetivos están claramente definidos para sus miembros. Igualmente, estos autores aseveran que es importante desarrollar el máximo nivel de cohesión posible, ya que esto permite un aprovechamiento de la experiencia y disminuye las deserciones.

Es oportuno señalar, en relación a la conformación de estos grupos, que se ha encontrado que la facilitación de los mismos por terapeutas femeninas ha sido asociado a resultados más exitosos (Herman y Schatzow, 1984) y que las sobrevivientes de incesto o violación se sienten más cómodas para comentar sus experiencias y sentimientos en grupos compuestos por integrantes de su mismo sexo (Herman, 1981, Doherty y Enders, 1995)

### **3. ETAPAS DE LA INTERVENCIÓN**

De acuerdo a MacKenzie (1995) la mayoría de los grupos de tiempo limitado pasan por una serie de etapas relevantes, entre las que señala (p. 425-428)

- 1 Etapa de compromiso
- 2 Etapa de diferenciación
- 3 Etapa del trabajo de interacción
- 4 Etapa de terminación

En el caso particular de las sobrevivientes de incesto, Courtois (1988) asevera que los grupos de tiempo limitado, en términos generales, cubren una serie de cuatro etapas de aproximadamente tres sesiones de duración (p 8-10)

- 1 Rápido alivio de los síntomas
- 2 El retorno y agravamiento de los síntomas
- 3 El trabajo en las metas y desarrollo de una nueva perspectiva sobre el incesto

#### 4 Cierre y planes futuros

Ramellini y Mesa (1997) establecen que, en el caso de los grupos de apoyo, se sigue una agenda más flexible que la esperada en los terapéuticos y las personas que los facilitan paulatinamente delegan en las participantes la dirección del proceso grupal. Para estas autoras, los ejes temáticos sugeridos para el trabajo con las sobrevivientes adultas de abuso sexual en la infancia incluyen (p 65-66)

- 1 El establecimiento de la confianza.
- 2 La decisión de sanar.
- 3 Elaboración de la experiencia de abuso
- 4 Control sobre la propia vida
5. Construcción de un nuevo plan de vida.

Herman (1992) elaboró una propuesta de tratamiento basada en la teoría del trauma indicando que, para que una intervención grupal sea exitosa, se debe contar con una estructura y tareas terapéuticas claras, que protejan a las participantes de cualquier daño como consecuencia de revisar sus recuerdos traumáticos. En su opinión, dicha intervención pasa por tres etapas básicas para lograr la recuperación, cada una de las cuales abarca una tarea terapéutica principal (p 217)

- 1 La primera etapa grupal relacionada con el establecimiento de la seguridad tiene como tarea terapéutica lograr el autocuidado de la sobreviviente, con un enfoque de un día a la vez
- 2 La segunda etapa grupal relacionada principalmente con el evento traumático en sí mismo, posee como principal tarea facilitar el recuerdo y el duelo por el pasado.
- 3 La tercera etapa grupal relacionada básicamente con la reintegración a la comunidad tiene como tarea principal lograr que la sobreviviente se reconecte

con su presente a través de relaciones interpersonales que no lesionen su integridad

Para esta autora, el trabajo grupal en la primera etapa debe tener un enfoque altamente cognitivo y educativo, proveyendo de información sobre los síntomas y técnicas para asegurar el cuidado y protección, más que en la exploración del evento traumático. Además, señala que en los grupos terapéuticos para sobrevivientes de incesto los finales son altamente estructurados y se hacen grandes esfuerzos para completar los rituales de cierre

#### **4. TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS**

En los grupos destinados a las sobrevivientes adultas de incesto se recurre a una serie de ejercicios y técnicas de hecho utilizadas en la terapia grupal, pero con modificaciones específicas en el tratamiento de esta población

De acuerdo a Courtois (1988) entre estos ejercicios se encuentran (p 30-32)

- 1 La ronda del grupo (recuento semanal).
- 2 Rituales grupales
3. Las tareas entre sesiones
- 4 El ejercicio de cierre

Mientras que para Batres (1994) se puede recurrir a (p 29-30)

- 1 Técnicas expresivas
2. Biblioterapia
- 3 Escritura.
- 4 Técnicas de autonutrición

En una revisión reciente, Batres (1997), señala recursos adicionales entre los que menciona (p 106-108)

- 1 Las técnicas psicoanalíticas.

- 2 La relajación y la hipnosis
- 3 El manejo de la ira, el suicidio y la automutilación
- 4 Cursos de entrenamiento y actividades fuera del grupo

Goodwin y Talwar (1999) mencionan, entre las posibles técnicas a utilizar en estas intervenciones, a la terapia del arte, de actuación, psicodrama, biblioterapia y técnicas educativas

De acuerdo a los especialistas estas técnicas pueden ser utilizadas en conjunto con las que suelen recomendarse dentro de las intervenciones grupales en general, pero la labor fundamental del o los terapeutas debe estar siempre enfocada en brindar a la sobreviviente la esperanza de un mejor futuro. Así, como lo indica Courtois (1988), es importante tener presente, durante la intervención terapéutica, que.

“El grupo nunca puede deshacer o arreglar el pasado. (pero) puede ser un instrumento para ofrecer contacto y relaciones significativas en el presente” (p 32)

**CAPITULO III**  
**ASPECTOS METODOLÓGICOS**

## **A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El incesto es una de las más crueles e incomprensibles de las experiencias humanas y sus secuelas psicológicas pueden perdurar toda la vida, expresándose en alteraciones emocionales que, aún cuando le permitieron a la sobreviviente superar la experiencia inmediata del abuso, tienden a aislarla y obstaculizar su funcionamiento en la vida cotidiana

Ante la amplia naturaleza de sus efectos, mismos que incluyen aspectos tales como el miedo a la intimidad, depresión, ideación suicida, dependencia a las drogas y otros comportamientos autodestructivos, no cabe duda de que para estas mujeres la ayuda profesional es un imperativo. En este sentido se pronuncian autores como McClendon (1991) al indicar que

“ aproximadamente el 40% de todos los sobrevivientes sufren de efectos secundarios tan serios que requieren terapia en la edad adulta” (p 3)

Sin embargo, tradicionalmente los esfuerzos destinados a formular alternativas terapéuticas para quienes han vivido experiencias de abuso sexual en la infancia se han concentrado en las víctimas infantiles, soslayando a las/os sobrevivientes adultos de estos hechos (Herman, 1981, Knight, 1990), situación que ha provocado escasez en la literatura clínica concerniente al tratamiento de esta población y que la misma no reciba la atención terapéutica que el trauma sufrido exige. De acuerdo a la doctora Batres (1997), esta condición es más grave aún en América Latina donde no se comprende la necesidad de esta intervención profesional.

En años recientes se ha señalado que las terapias grupales son alternativas más efectivas que las individuales para trabajar con las sobrevivientes de incesto (Herman, 1992), pues este tipo de intervención les permite romper con los sentimientos de aislamiento y lidiar con la negación. No obstante, se observa que se han realizado pocos

esfuerzos para evaluar la efectividad de diferentes modalidades de grupos terapéuticos medida que podría contribuir, como lo indica Courtois (1988), a “proporcionar un tratamiento grupal adecuado a las preferencias y necesidades individuales de cada participante” (p 23)

En este punto, es importante indicar que se debe tener presente que un porcentaje significativo de las sobrevivientes se acercan a la terapia, de manera inicial, buscando respuesta a problemas generales, entre los que resaltan los síntomas de ansiedad y depresión (Alexander et al , 1989, Lawrence y Froning, 1992, Fulmer, 1992, American Psychological Association, 1996), no siendo hasta que alcanzan niveles de confianza suficientes que se atreven a revelar su historia de abuso sexual, de forma que la disminución de estos síntomas constituye uno de los objetivos primarios del tratamiento y los terapeutas deben estar entrenados para dar respuestas a esta necesidad, pues, tal como lo señala la American Psychological Association (1996)

“Un porcentaje significativo de los adultos/as que busquen psicoterapia y otros servicios de salud mental son con frecuencia sobrevivientes de abuso infantil” (p 11)

Es así que ante la creciente demanda por atención psicológica, de parte de mujeres sobrevivientes de incesto, en los centros especializados en violencia y en las dependencias gubernamentales de salud, en los cuales los trastornos de ansiedad y depresión son frecuentemente citados como el motivo de consulta, y el hecho de que no existen en nuestro país investigaciones que nos señalen los efectos de un tratamiento grupal en estas mujeres, que nos planteamos la siguiente interrogante

¿Qué efectos tiene el tratamiento grupal de la doctora Gioconda Batres para sobrevivientes de incesto en los niveles de depresión y ansiedad?

## **B. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

Si bien en los últimos años se ha logrado que la sociedad panameña tome mayor conciencia sobre los efectos negativos, a corto y largo plazo, de la violencia intrafamiliar, es evidente que, en nuestra convivencia cotidiana, persisten prácticas culturales estereotipadas que contribuyen a sustentar un modelo de desigualdad entre los deberes y derechos de hombres y mujeres, mismo que ha sido identificado como uno de los pilares que favorecen el desarrollo de conductas violentas a lo interno del ámbito familiar

Una de las formas que adopta la violencia intrafamiliar es el incesto, el cual, a pesar de ser un crimen, se ha mantenido silenciado por años, usualmente debido a la incompreensión de estos hechos por los familiares de las víctimas y por la poca protección existente a nivel legal, razón por la que su predominio y magnitud solo pueden ser estimados. Condición además favorecida por la ausencia de estadísticas oficiales centralizadas que nos permitan una visión más integral de esta grave problemática social (Garrido, 2001, González, 2001)

Para contar con una visión más clara al respecto basta con revisar algunos de los datos estadísticos recolectados en los Estados Unidos, entre los que podemos mencionar a los obtenidos por Drake y Gilroy (1993), quienes afirman que

“Una de cada cinco niñas y uno de cada diez niños es abusado sexualmente, no por un extraño. (sino) por un adulto que ellos conocen y en el cual confían. Por un padre, un familiar, un vecino o alguien que los está cuidando” (p 12)

Mientras que Frank (1992) señala que

“Las estadísticas indican que treinta y cuatro millones de mujeres en los Estados Unidos han sido víctimas de abuso sexual en la infancia. (estimándose) que por cada víctima conocida, nueve están ocultas” (p 14)

A pesar de que contamos con investigaciones realizadas a nivel nacional que desvirtúan los reportes oficiales de nuestro país, en relación a los abusos sexuales sufridos por las mujeres (Pérez, 1988, Antony, 1990, Arosemena y Villalobos, 1997), podemos indicar que se han presentado las siguientes estadísticas

- En cuanto a delitos sexuales, la Policía Técnica Judicial (PTJ) registró 926 denuncias en el año 1998, 787 en el año 1999, 678 en el año 2000 y 213 casos hasta marzo del 2001, cifras en las que se determinó que más del 70% de las víctimas eran niñas, niños o adolescentes (Mamez, 2001, Tapia, 2001).
- Las tres Fiscalías Especializadas en Asuntos de Familia y el Menor del Primer Circuito Judicial de Panamá reportaron haber investigado 312 denuncias de maltrato al menor en el año 1999, 276 en el año 2000 y 360 hasta octubre del 2001, cifras en las que no se especificó la modalidad de violencia ejercida
- El ministerio de Salud había procesado 1737 informes de sospecha de violencia intrafamiliar y maltrato al menor durante el año 2000, correspondiendo 1426 casos a mujeres. En este mismo período, la Caja del Seguro Social había registrado 230 casos de violencia (González, 2001)

Así, nos encontramos que los actos delictivos cometidos en el interior del hogar, tales como el incesto, constituyen una alta cifra oscura en las estadísticas sanitarias y judiciales, hallazgo ya resaltado por otros investigadores (Corsi, 1990, Antony, 1990, Cefemina 1991; Batres, 1997; Odio, 1997), situación que contribuye a minimizar la conciencia sobre sus alcances reales y a limitar la capacidad de respuesta social ante estos hechos, ya que como lo señalan Lawrence y Froning (1992)

“Sólo una sociedad que esté dispuesta a afrontar la realidad del problema podrá ofrecer socorro a las sobrevivientes y protección a los inocentes y vulnerables” (p 270).

Esta problemática se ha vuelto tan grave que las Naciones Unidas (1995), en la Conferencia Mundial para el Examen y Evaluación de los Logros del Decenio para la Mujer, estableció que la violencia sexual va en aumento a nivel mundial y que los gobiernos deben afirmar la dignidad de la mujer como cuestión de prioridad

Afortunadamente, existe una creciente concientización acerca de las consecuencias físicas y emocionales que presentan las sobrevivientes de incesto, ya que se está comenzando a comprender como esta experiencia interfiere con el desarrollo de una personalidad funcional y deteriora la salud mental, volviéndose una causa común de consultas médicas, hospitalizaciones, problemas laborales, intentos de suicidio y muerte (Forward y Buck, 1991, Bass y Davis, 1995; Arosemena y Villalobos, 1995)

No obstante, en Panamá, se han realizado pocos estudios que nos den luces respecto a nuestra realidad, observándose, de forma particular, escasez de información sobre la eficacia de las alternativas terapéuticas disponibles para las sobrevivientes de incesto. En especial aquéllas que implican intervenciones grupales; toda vez que éstas han sido señaladas, en años recientes, como la mejor manera de elaborar esta dolorosa experiencia.

Conociendo los efectos negativos de esta nefasta situación en el desarrollo integral de las personas que la han experimentado, no podemos menos que investigar los niveles de eficiencia de los programas terapéuticos destinados a reivindicar su dignidad y poder

Por lo antes expuesto, consideramos importante evaluar el programa diseñado por la doctora Gioconda Batres en Costa Rica, de manera que podamos determinar si el mismo puede ser una alternativa accesible y eficaz para nuestra comunidad, y una forma de contribuir a frenar la propagación de este problema y sus consecuencias

## **C. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **C.1. OBJETIVO GENERAL**

Analizar los efectos de un tratamiento grupal para sobrevivientes adultas de incesto, en sus niveles de depresión y ansiedad

### **C.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los principales tipos de abuso sexual sufrido por las mujeres adultas de sobrevivientes de incesto
- Determinar las consecuencias psicológicas del incesto en las sobrevivientes
- Identificar los rasgos de personalidad comunes de mujeres adultas sobrevivientes de incesto, mediante el estudio de ciertos aspectos de su personalidad
- Determinar los niveles de depresión y ansiedad en sobrevivientes de incesto
- Evaluar los efectos de una terapia grupal para mujeres adultas sobrevivientes, en sus niveles de depresión y ansiedad

## **D. DETERMINACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN**

### **D.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio corresponde a una investigación de tipo exploratorio, cuya intención, de acuerdo a Selltiz (1980), es

“ describir con mayor precisión las características de un determinado individuo, situación o grupo (con o sin específicas hipótesis iniciales acerca de la naturaleza exacta de tales características)” (p 133)

Investigación que, según Hernández et al (1991), se efectúa

“ cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes” (p 59)

## **D.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación corresponde al Diseño de Preprueba-Postprueba con un sólo grupo, en el cual de acuerdo a Hernández et al (1991)

“A un grupo se le aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al tratamiento” (p 139)

También corresponde al Diseño de Estudio de Casos el cual, de acuerdo a Kazdin (1980), citado por Bellack y Hersen (1989), se refiere

“ .a la investigación de un individuo o un grupo de individuos en la ausencia de controles experimentales” (p 73)

## **E. LAS VARIABLES**

Aunque el diseño de investigación utilizado no permite el control directo sobre la variables independientes, para efectos de mayor claridad, enunciamos las variables como independiente y dependiente

### **E.1 VARIABLE INDEPENDIENTE**

Tratamiento Grupal para Sobrevivientes Adultas de Incesto

### **E.2. VARIABLE DEPENDIENTE**

Esta fue evaluada en dos aspectos

- Nivel de depresión
- Nivel de ansiedad

### **E.3. VARIABLES INTERRECURRENTES**

Por la naturaleza del estudio, en el desarrollo de la investigación existieron una serie de variables que no pudimos controlar y que de alguna manera han incidido en los resultados del mismo, convirtiéndose en aspectos a investigar en este trabajo Estas

variables son. clase social, lugar de procedencia (en la Provincia de Panamá), ocupación, raza y credo religioso practicado

## **F. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

### **F.1. DEFINICIONES CONCEPTUALES:**

#### **F.1.1. TRATAMIENTO GRUPAL PARA SOBREVIVIENTES DE INCESTO**

De acuerdo a Batres (1994) es

“Un esquema de tratamiento consistente en un grupo de apoyo estructurado para mujeres adultas sobrevivientes de incesto, de corto plazo y que puede ser desarrollado en quince sesiones o en más si el grupo así lo requiere” (p 18)

#### **F.1.2. SOBREVIVIENTE DE INCESTO**

De acuerdo a Arosemena y Villalobos (1995) es la

“Persona que logra ajustarse al medio o cierto equilibrio psicosocial a pesar de haber sido agredida sexualmente por un familiar o persona afin, tutor(a) o cuidador(a)” (p. 12)

#### **F.1.3. NIVEL DE DEPRESIÓN**

Aquellos signos que reflejan, de acuerdo a Navarro (1990)

“Una serie de alteraciones cognoscitivo-conductuales durante las cuales el individuo ya no tiene acceso a los reforzamientos sociales o éstos dejan de ser contingentes a sus respuestas o pierden efectividad” (p 297)

#### **F.1.4. NIVEL DE ANSIEDAD**

Aquellos signos que expresan para Sarason y Sarason (1996).

“Un sentimiento de miedo y aprehensión confuso, vago y muy desagradable” (p 156).

## **F.2. DEFINICIONES OPERACIONALES:**

### **F.2.1. TRATAMIENTO GRUPAL PARA SOBREVIVIENTES DE INCESTO**

Intervención terapéutica grupal para mujeres adultas sobrevivientes de incesto de corta duración (15 sesiones que pueden extenderse según las necesidades específicas del grupo), que se desarrolla dos veces a la semana con una duración de dos horas por sesión, facilitado por dos terapeutas con entrenamiento en la atención y dinámica de las sobrevivientes. El grupo puede constituirse con un máximo de 15 participantes y el desarrollo de la intervención con el mismo sigue los lineamientos del protocolo de tratamiento diseñado por la Doctora Gioconda Batres.

### **F.2.2. SOBREVIVIENTES DE INCESTO**

Cada una de las mujeres adultas identificadas como incestadas que hayan recibido atención individual, por lo menos durante seis meses, en el CEPAM. Para los efectos de la investigación, esto se determinó en base a los registros de expedientes de dicha organización.

### **F.2.3. NIVEL DE DEPRESIÓN**

Se refiere al puntaje obtenido en la Escala de Autoevaluación de la Depresión de William Zung.

### **F.2.4. NIVEL DE ANSIEDAD**

Se refiere al puntaje obtenido en la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de William Zung.

## **G. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

A pesar de que el presente estudio es de tipo exploratorio, a fin de guiar nuestros análisis posteriores, utilizamos las siguientes hipótesis descriptivas

G 1 Las sobrevivientes de incesto que participen en el tratamiento grupal expresarán menores niveles de depresión

G 2 Las sobrevivientes de incesto que participen en el tratamiento grupal manifestarán menores niveles de ansiedad

## **H. MÉTODO DE SELECCIÓN DE PARTICIPANTES**

### **H.1. POBLACIÓN:**

La población de donde se obtuvo la muestra estuvo constituida por todas las mujeres adultas sobrevivientes de incesto que acudieron al Centro Pastoral de Mujeres Contra el Maltrato, en el periodo comprendido entre Junio de 1996 a Junio de 1998

### **H.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Para efectos de analizar las variables antes señaladas convocamos a diez mujeres de la población de adultas sobrevivientes de incesto, pues si bien la autora señala que puede haber una cantidad máxima de 15, consideramos que por ser la primera vez que se aplicaba esta experiencia en Panamá debíamos hacerlo con un grupo terapéuticamente manejable

### **H.3. MECANISMO DE MUESTREO:**

El muestreo que se utilizó fue el de tipo intencional, del cual Selltiz (1980) indica que

“Una estrategia común del muestreo intencionado es tomar casos que se juzgan típicos de la problemática en que se está interesado suponiendo que los errores de juicio en la selección tenderán a compensarse entre sí” (p 113)

Se escogió la muestra estipulando un tiempo en el cual las mujeres adultas que acudieron al Centro Pastoral de Mujeres Contra el Maltrato (CEPAM), como sobrevivientes de incesto, y aceptaron incorporarse al grupo terapéutico formaron parte del estudio, siempre y cuando cumplieren con los requisitos previos

Debido a la dificultad confrontada para la recepción de la muestra, el grupo terapéutico se inició con ocho mujeres sobrevivientes de incesto, siendo completado en su totalidad por cinco de las mismas

## **I. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PARTICIPACIÓN**

Para seleccionar la muestra del presente estudio, se establecieron los siguientes criterios de inclusión y eliminación

### **I.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Entre los criterios de inclusión se encuentran

- Presentar la condición señalada en la investigación (haber sido víctima de incesto en la infancia)
- Saber leer
- Edad adulta (promedio de 20 a 50 años)
- Contar con algún tipo de apoyo familiar o conyugal
- Residir en la provincia de Panamá
- Contar con apoyo o autonomía económica
- Capacidad para hablar del abuso
- Presentar alteraciones en sus niveles de depresión y ansiedad (de leve a moderada)

### **I.2. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

Entre los criterios de eliminación se encuentran

- Haber sido víctima de abuso sexual en su vida adulta

- ❑ Ser extremadamente vulnerables
- ❑ Presentar situaciones de violencia física en su relación de pareja actual
- ❑ Presencia de enfermedad mental (en base a los criterios del DSM-IV)
- ❑ Alteraciones orgánicas o psicológicas debido al abuso de drogas o alcohol
- ❑ Presencia de antecedentes delictivos
- ❑ Comportamiento explosivo o muy agresivo (por riesgo suicida u homicida)
- ❑ La falta de motivación para el cambio y el temor a abrirse
- ❑ Un alto grado de negación de su propia experiencia de incesto
- ❑ Haber estado en algún tratamiento grupal para incesto o estarlo en la actualidad

## **J. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN**

La información de las variables del estudio fue recopilada a través de los siguientes instrumentos

### **J.1. ENTREVISTA INICIAL**

Se utilizó una entrevista de tipo estructurada donde el entrevistador se basó en un cuestionario, previamente elaborado, para guiar sus interacciones con las sobrevivientes. Este instrumento se basó parcialmente en la entrevista diseñada por las Magísteres Dora Arosemena y Zanya Villalobos en su investigación con sobrevivientes adultas de incesto, previa autorización de las mismas.

En la entrevista realizada a las sobrevivientes se formularon preguntas acerca de su situación actual y se integró esta información a la relacionada con su nivel de funcionamiento cotidiano y su estado mental al momento de la evaluación, medidas que también nos permitieron valorar la capacidad de las sobrevivientes para funcionar en una experiencia grupal.

De manera adicional a los fines propios de la presente investigación, la entrevista tuvo la intención de obtener información más pormenorizada de la experiencia incestuosa vivida, con el fin de tener una clara concepción de las dificultades confrontadas por cada una de las integrantes de la muestra, de forma que la intervención terapéutica respondiera en la mayor medida posible a las necesidades grupales e individuales de las participantes. Las áreas exploradas fueron las siguientes

J 1.1 Datos sociodemográficos en la cual se obtuvo información como el nombre, edad, nivel educativo, estado civil, raza, creencia religiosa practicada, nacionalidad, ocupación, domicilio y nivel de ingreso familiar.

J.1.2 Datos familiares: en la cual se exploraron características de la dinámica e interacción en la familia de origen (incluyendo las pautas de comunicación, cómo se manejaban los temas sexuales y experiencias de violencia intrafamiliar vividas), apoyos sociales con los que cuenta y características de su relación de pareja al momento de la evaluación

J 1.3 Datos sobre la relación incestuosa: En esta área se indagaron los pormenores de la situación incestuosa (las personas involucradas, duración, lugar donde ocurrió, tipo de abuso sufrido, y reacciones propias y de los miembros de la familia al hecho), experiencias de abuso sexual en la vida adulta, atención profesional recibida, ideas suicidas, sentimientos ante la recopilación de esta información y expectativas existentes en relación a la incorporación al grupo de apoyo

J 1.4 Datos sobre las consecuencias del incesto en la vida adulta de la sobreviviente en este aspecto se obtuvo información, a través de un formulario que las sobrevivientes llenaron, de las consecuencias físicas, psicosomáticas, psicológicas, sociales y familiares, conductuales y sexuales que el incesto ha producido en su vida presente.

J.1 5. Creencias familiares en relación al incesto En esta área se solicitó a las sobrevivientes, a través de un formulario, que señalaran las creencias existentes en sus familias de origen, en relación al tema del incesto

## **J.2. ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE DEPRESIÓN (SDS) DE ZUNG**

Este instrumento es una prueba autoevaluativa, aplicable en forma individual, diseñada por William Zung. Al idear la escala, los criterios clínicos utilizados abarcaron las características más comunes encontradas en la depresión, según los señalamientos de autores reconocidos tales como: Grinker, Overall y Friedman, los cuales describen los factores más sobresalientes de la depresión.

El SDS está construido de manera tal que los pacientes menos deprimidos obtengan un puntaje bajo y los más deprimidos tengan un puntaje alto en la escala. Dependiendo del puntaje que recibe el paciente, basado en sus respuestas, puede quedar dentro de una de las siguientes categorías: no indicar patología, depresión mínima, depresión moderada o depresión severa.

### **J.2.1 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL SDS**

Numerosos estudios se han realizado, ya sea por el propio autor de la escala o por otros autores e investigadores encontrándose niveles de correlación significativos entre los resultados obtenidos con el SDS y los resultados obtenidos con otros instrumentos de medición (Aragón et al., 2001).

Dentro de las investigaciones del doctor Zung, tenemos la realizada por él en donde el SDS le fue administrado a todos los pacientes que fueron admitidos en un hospital bajo el diagnóstico primario de Desórdenes de Depresión. Los índices del SDS

para todos los pacientes que fueron admitidos, se encontraban dentro de un rango de 0,38 a 0,90

Por otra parte, Max Hamilton, creador de una de las escalas sobre depresión más populares (Escala de Depresión de Hamilton, 1967) afirma que existe una correlación significativa entre su escala y la SDS

Otros estudios comparativos en los resultados obtenidos para la Escala Hamilton y el SDS, arrojaron resultados de correlación igualmente significativos

El propio Zung hace referencia a que el SDS se correlaciona significativamente con la Escala de Depresión de Hamilton, el Inventario de Depresión de Beck y la Escala D del MMPI (Blanco, 1985)

### **J.3. ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE ANSIEDAD (SAS) DE ZUNG**

Este instrumento es una prueba autoevaluativa, aplicable en forma individual, diseñada por el doctor William Zung en base a los criterios diagnósticos más característicos comunes a los Desórdenes de Ansiedad. Dichos criterios fueron seleccionados al comparar los síntomas encontrados en la ansiedad, según varios autores reconocidos tales como Kolb, Portnoy, Lief, Wheeler y colaboradores

El SAS está construido de tal manera que el paciente menos ansioso tenga un puntaje menor y el más ansioso tenga un puntaje mayor. El índice SAS es una indicación de qué tan ansioso está el paciente. Dependiendo del índice obtenido, en función de sus respuestas, al paciente se le puede asignar a una de las siguientes categorías: ninguna ansiedad presente, ansiedad mínima, ansiedad marcada o ansiedad extrema

#### **J.3.1 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL SAS**

La validez de cualquier instrumento de medición, o sea su habilidad para medir lo que está supuesto a medir, puede ser determinado por opiniones expertas que confirmen que los síntomas descritos en la escala representan una condición clínica reconocida, además de la demostración de que los resultados de la escala puedan distinguir pacientes con desórdenes bajo consideración y correlacionarlos con otras escalas reconocidas como válidas

El primer criterio es satisfecho, al momento en que la escala fue construida basada según la literatura disponible

El segundo criterio se relaciona con numerosos estudios realizados por Zung que han demostrado consistentemente que el SAS es capaz de discriminar pacientes con desórdenes de ansiedad de otras categorías diagnósticas a un nivel estadístico significativo (0,40 y 0,49)

Finalmente, los índices promedios del SAS entre pacientes psiquiátricos con y sin diagnóstico de Desórdenes de Ansiedad fueron significativamente diferentes ( $p=0,01$ )

Varios estudios en otras culturas, utilizando el SAS han sido reportados y sus resultados están básicamente de acuerdo con los expuestos por Zung (Blanco, 1985)

#### **J.4. CUESTIONARIO DE 16 FACTORES DE PERSONALIDAD DE CATELL**

Este instrumento es una prueba autoevaluativa, aplicable de forma individual o colectiva, desde los dieciséis años y que consta de cuatro tipos de cuestionario (A,B,C,D). Evalúa rasgos básicos y profundos que sustentan la conducta humana con referencia a dieciséis factores primarios orientación social caliente frío, capacidad de discernir relaciones (inteligencia), adaptación al ambiente, control y condescendencia en las relaciones humanas, las orientaciones impetuosas y sombrías, el contenido y la

acción de los valores morales, la audacia y timidez, sentimiento contra pensamiento, alienación contra identificación en las orientaciones sociales, intuición y sensación, la autopresentación en situaciones sociales, tendencia a la culpabilidad, orientación hacia el cambio, autosuficiencia, contradependencia del grupo, autoestima y temperamento tenso y relajado. De igual modo, la prueba evalúa cinco factores secundarios: extraversión, ansiedad, equilibrio, independencia y control.

Para los efectos de nuestra investigación, utilizaremos las formas C (pretest) y D (posttest) considerando el hecho de que el tiempo requerido para su aplicación es menor y más factible para los efectos del experimento.

#### J.4.1 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL 16FP

Se han realizado varios estudios con el fin de investigar la confiabilidad de esta prueba midiendo la estabilidad de test-retest en poblaciones normales como especiales. Los coeficientes de confiabilidad obtenidos varían en un rango de 0,92 (con un intervalo de 2 semanas) a 0,41 (con un intervalo de 48 meses), observándose que la consistencia en las puntuaciones del factor es bastante buena aún después de un intervalo de cuatro años.

Estimaciones del contenido y de la validez de construcción, del Test de 16 FP, han sido obtenidas de un grupo de estudios empíricos. La validez de contenido se preservó eliminando, de los reactivos elaborados para evaluar los rasgos de personalidad, aquellos que no mantuviesen una validez significativa comparados con los factores después de diez análisis factoriales sucesivos en muestras diferentes. Se considera que la validez de la prueba misma es un concepto (o “construcción”) de validez, pues las preguntas del cuestionario se escogieron como medidas válidas de los factores de personalidad en el análisis de la investigación. No obstante, los valores obtenidos al correlacionar la puntuación de la escala con el factor puro que estaba

diseñado a medir variaron en un rango de 0,41 a 0,83 para las pruebas individuales y para varias combinaciones de las formas (A+B, C+D) variaron entre 0,45 a 0,94. Ambas aproximaciones colocan a los factores A y F entre los más altos y M, N y Q entre los más bajos.

Es importante señalar que Raymond Catell, autor de la prueba, estableció que al utilizarse más de una forma de la misma (A+B o C+D) se observa un incremento total substancial en la validez.

La validez de criterio directa de las escalas no puede presentarse tan claramente como las anteriores simplemente porque es muy grande el número de criterios externos con los que se ha comparado el 16 FP (Catell, R., 1993; Catell, H., 1993; Seisdedos, 1992, Karson y O'Dell, 1994)

## **J.5. TRATAMIENTO GRUPAL CON SOBREVIVIENTES DE INCESTO DE GIOCONDA BATRES**

Esta intervención terapéutica consiste en un grupo de apoyo estructurado a corto plazo que es desarrollado en quince sesiones (dos sesiones semanales con una duración de dos horas por sesión). Durante su facilitación se abordan procesos tales como la seguridad, culpa, secuelas, poder, mecanismos de sobrevivencia, relaciones personales y sexualidad.

Durante el desarrollo de este procedimiento se hace particular énfasis en la reestructuración cognoscitiva de los mensajes internalizados, como producto de la experiencia incestuosa, y en el reencontrar los sentimientos que el abuso hizo experimentar a la sobreviviente, aspectos a los que se contribuye dotando a la sobreviviente con información de la que careció en temas como la sexualidad y las consecuencias emocionales del incesto.

De acuerdo a esta autora, este esquema de tratamiento se enmarca dentro de principios terapéuticos tales como el estímulo, el apoyo mutuo, la educación, la socialización de la experiencia con otras víctimas con historias similares, la ruptura del secreto, la interacción, la retroalimentación, proporcionar un ambiente estructurado que brinde seguridad y confianza, el desarrollo de estrategias de vida no destructivas, la construcción de un fuerte sistema de autoayuda, el “empoderamiento” y la solidaridad con otras sobrevivientes, observándose que este modelo de intervención se basa en el apoyo y en el respeto por las víctimas, y la credibilidad de la experiencia vivida por ellas

#### **J.5.1. LAS ETAPAS DE LA RECUPERACIÓN**

Este modelo de intervención sigue los lineamientos propuestos por Judith Herman, quien señala que el tratamiento con sobrevivientes de incesto para ser efectivo debe desarrollarse a través de tres etapas, tal como ocurre la recuperación en los casos de un trauma

#### **PRIMERA ETAPA: ESTABLECER LA SEGURIDAD**

En este nivel las metas están enfocadas en el reestablecimiento del control y la seguridad, que es una de las primeras tareas de la recuperación, así como el establecimiento de una alianza terapéutica. También se estimula la adquisición de control sobre el entorno, el aumento de las destrezas de las sobrevivientes para rodearse de personas seguras y no aislarse, la elaboración de un plan para su protección, autocuidado y desarrollo del valor propio e importancia.

En esta etapa, los temas por sesión fueron el establecimiento de una alianza terapéutica, estableciendo la confianza y un sistema de apoyo, aprendiendo a tratar con las crisis, autoestima y autoimagen, y los mensajes negativos (control y poder)

## **SEGUNDA ETAPA: RECUERDO Y DUELO**

En este nivel, y en función de la fuerte alianza terapéutica ya forjada, la sobreviviente comparte la historia del trauma, proceso en el que, además de relatar los hechos, también son reconstruidos los sentimientos asociados a los mismos.

Las sesiones se enfocan en el reconocimiento y aceptación de la ocurrencia del incesto, la ruptura con los viejos patrones de silencio y el dismantelamiento de las defensas que fueron útiles en el pasado, pasos todos que le permiten a la sobreviviente reconocer lo que vivió y trabajar el dolor, el enojo, los mitos bajo los que creció y hacer el duelo por el pasado.

En esta etapa, los contenidos por sesión incluyen los mitos y realidades sobre el incesto, reconociendo el daño y estableciendo las secuelas, recordando y rompiendo el silencio, la culpa, la ira (aprendiendo de ella) y los sentimientos.

## **TERCERA ETAPA: LA RECONEXIÓN**

Una vez completada la tarea de reconciliarse con el doloroso pasado, las sobrevivientes pueden dirigir sus esfuerzos a crear un futuro en el que prevalezca un nuevo sentido de su ser y en el que puedan establecer relaciones interpersonales que no impliquen aspectos nocivos para su seguridad, de manera que los aspectos abordados en la primera etapa se retoman, pero ahora con el fin de establecer nuevas metas y proyectos futuros gracias a una percepción más confiada de su presente.

En esta etapa, los temas por sesión incluyen la intimidad y las relaciones, la sexualidad, cambio y asertividad, y despedida y evaluación.

### **J.5.2. TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS TERAPÉUTICAS**

Durante el tratamiento grupal se utilizan distintas técnicas y herramientas terapéuticas con la finalidad de enriquecer, apoyar y facilitar el proceso.

□ Técnicas Expresivas

Entre las mismas se recurre al dibujo, la pintura y la música como técnicas de comunicación no verbal que facilitan que surja material inconsciente y se propicia la eliminación de las inhibiciones que dejó la imposición del secreto

□ Biblioterapia

Se corrige la información distorsionada y se refuerzan nuevos sentimientos y conductas en las sobrevivientes, a través de lecturas que les son proporcionadas para que obtengan una mejor comprensión de temas tales como los mitos del incesto y sus realidades

□ Escritura

Esta técnica se utiliza como un medio alternativo para facilitar la expresión de sentimientos y pensamientos que se le dificultan manifestar verbalmente a las sobrevivientes, como consecuencia del peso de las prohibiciones recibidas para no contar sus experiencias y las amenazas si hablaban. Así, se recurre al hacer cartas, llevar un diario y al contestar cuestionarios como medios alternos poderosos para facilitar la revelación, técnicas que, además, les ayudan a lograr una visión organizada de sus experiencias

□ Técnicas de Autonutrición

Ponerse en contacto con la niña que fueron, a través de cartas, cuidados y rituales, suele ser una técnica que incluso las sobrevivientes más defensivas suelen aceptar y con la cual logran un rápido contacto con su pasado y los sentimientos asociados al mismo. Como parte de la aplicación de esta técnica, cada sobreviviente lleva un cuaderno o diario en el cual también se incluyen las hojas de apoyo que acompañan a cada uno de los temas de las sesiones de la intervención grupal

## **K. PROCEDIMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN**

El estudio se realizó en el Centro Pastoral de Mujeres Contra el Maltrato (CEPAM), organización que estuvo dedicada a la atención de mujeres maltratadas física, psicológica, económica y/o sexualmente, y cuyas instalaciones se ubicaban en el Corregimiento de Ancón

En esta institución se realizaron varias reuniones con sus funcionarias, a fin de organizar y coordinar con ellas las labores previas, intermedias y posteriores al desarrollo del grupo de apoyo. De esta manera, coordinamos que nos fuesen referidas las mujeres de la muestra, en función de los criterios previamente establecidos, aceptándose un máximo de diez participantes

En primer lugar, se realizó la entrevista, la cual nos proporcionó información referente a los datos generales de identificación y los relacionados a la historia personal y familiar. En ella se prestó especial atención a la percepción de sí mismas, las actitudes ante el abuso sufrido, la expresión emocional, el estado de salud mental existente y se verificó si reunían los criterios de inclusión señalados para formar parte de la muestra.

Una vez establecido el rapport, el siguiente paso fue la aplicación individual de los instrumentos: el Cuestionario de los 16 factores de Personalidad de Catell, y las Escalas de Autoevaluación de Depresión y Ansiedad de Zung. Por medio de estas aplicaciones, además de obtener información que nos permitió evaluar nuestras hipótesis, verificamos que las candidatas a formar parte de la muestra se encontraban afectadas, leve o moderadamente, en los niveles de depresión y ansiedad (uno de los criterios de inclusión)

Para llevar a cabo la entrevista, la aplicación de los instrumentos y el grupo terapéutico se utilizó un área proporcionada con este fin, dentro de sus instalaciones, por CEPAM

Las sesiones grupales se desarrollaron del 23 de octubre al 12 de diciembre de 1998, aplicándose nuevamente en la última sesión las Escalas de Autoevaluación de Depresión y Ansiedad de Zung

Es importante señalar que en estas fases de la investigación contamos con la colaboración voluntaria de dos integrantes del Equipo Interdisciplinario del CEPAM, una orientadora familiar (Magíster Dora Arosemena) y una psicóloga (Licenciada Dayra Dawson), ambas con entrenamiento y experiencia en la atención de sobrevivientes adultas de incesto. Durante el desarrollo de las sesiones grupales, la co-facilitación se llevó a cabo con la Magíster Arosemena y la Licenciada Dawson fungió principalmente como observadora y apoyo externo, dirigiendo de manera adicional algunas dinámicas y sesiones de relajación.

Nos parece necesario indicar que si bien las participantes del grupo tenían conocimiento de las evaluaciones que se realizarían, como parte del desarrollo del grupo terapéutico, en ningún momento se les señaló que los niveles de depresión y ansiedad eran el punto focal de las mismas, e incluso en las hojas de respuesta de los Test de Depresión y Ansiedad utilizadas se omitió el título que indicaba el área evaluada.

También es menester señalar que como parte del compromiso adquirido al obtener la autorización de las participantes del grupo para utilizar la información recopilada durante el presente estudio, se garantizó a las mismas total confidencialidad en relación a sus identidades, compromiso que determinará también la presentación de la información pertinente a su vida familiar y personal.

Una vez aplicados los instrumentos y obtenidos los resultados, se procedió a la organización y análisis de los datos.

## **L. MODELO DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

El análisis estadístico de los resultados estuvo condicionado a las características inherentes al diseño de la investigación. Los resultados fueron analizados descriptivamente a través de frecuencias (f), porcentajes (%) y una escala de estenes, en el caso del 16 FP, para describir los resultados de cada una de las categorías evaluadas.

Para verificar las hipótesis planteadas se utilizó la t de Student para muestras correlacionadas, con un coeficiente de significación de 0,05. Esta fórmula fue utilizada para determinar si eran estadísticamente significativas las diferencias entre los resultados del pre-test y post-test del grupo terapéutico, en cada una de las categorías estudiadas.

Adicionalmente, la información obtenida fue resumida en cuadros y gráficas para una mejor claridad de los resultados.

**CAPITULO IV**  
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

## **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Este capítulo está dedicado a la presentación de los resultados obtenidos en el estudio, información que incluye la descripción de las características generales de la muestra, los informes psicológicos de las participantes, un breve reporte de la dinámica observada durante el desarrollo de las sesiones grupales y el resultado de las pruebas psicológicas, con el fin de evaluar los efectos de la intervención grupal

Los resultados se han organizado en cuadros y gráficas que precisan los datos extraídos del análisis cuantitativo, tanto de la entrevista psicológica inicial como de los instrumentos utilizados.

Por medio de los cuadros se establece la descripción de las características para el grupo de acuerdo a la edad, nivel de escolaridad, estado civil, lugar de procedencia, características de la familia de origen y de la situación de abuso, cada cuadro con la explicación correspondiente

Los resultados obtenidos en los Test de Depresión y Ansiedad de Zung y 16 Factores de Personalidad de Cattell también se presentan en cuadros que se utilizan como referencia para los análisis respectivos

La evaluación se llevó a cabo tomando en cuenta las puntuaciones naturales y los índices de depresión y ansiedad de los Test de Zung (pretest y postest) Las puntuaciones naturales se utilizaron para verificar las pruebas de hipótesis planteadas y los índices de depresión y ansiedad de Zung se utilizaron para observar la distribución de las sobrevivientes dentro de los rangos leve, moderado y alto

Los valores proporcionados por la escala de estenes del Test 16 Factores de Personalidad de Cattell se utilizaron para identificar los rasgos de personalidad de las participantes en el estudio, información presentada a través de cuadros en los que se observa la distribución de las sobrevivientes dentro de los rangos polo positivo (valores

del 1 al 3), promedio (valores del 4 al 7) y negativo (valores del 8 al 10) De manera adicional, estos datos son integrados dentro de los informes clínicos elaborados sobre cada una de las participantes en la investigación

## **A. DATOS OBTENIDOS DURANTE LA ENTREVISTA**

### **1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA**

CUADRO No 1

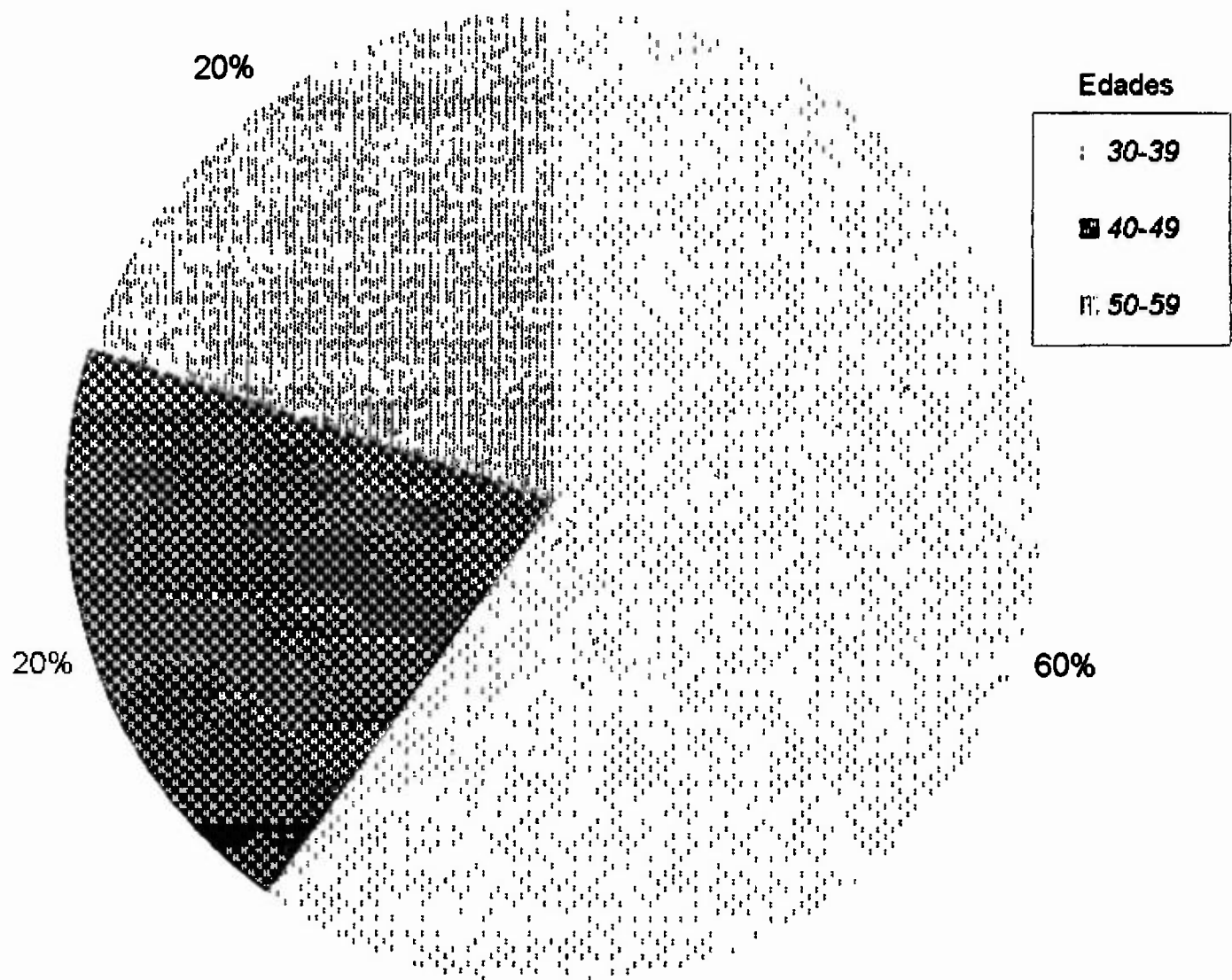
#### **DISTRIBUCIÓN DE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO POR EDAD**

<b>RANGO DE EDAD (años)</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
30-39	3	60
40-49	1	20
50-59	1	20
Total	5	100

El cuadro No 1 indica que el 60% de la muestra (3 personas) oscila entre los 30 y 39 años, un 20% (1 Persona) entre los 40 y 49 años y un 20% (1 persona) entre los 50 y 59 años. Esto suma un total de cinco mujeres que se corresponde con el 100% de la muestra.

En los datos anteriores se observa que el mayor porcentaje de las sobrevivientes de incesto de la muestra recae en el rango de 30 a 39 años.

**Gráfico #1. DISTRIBUCION DE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO POR EDAD**



Fuente Cuadro #1

CUADRO No.2

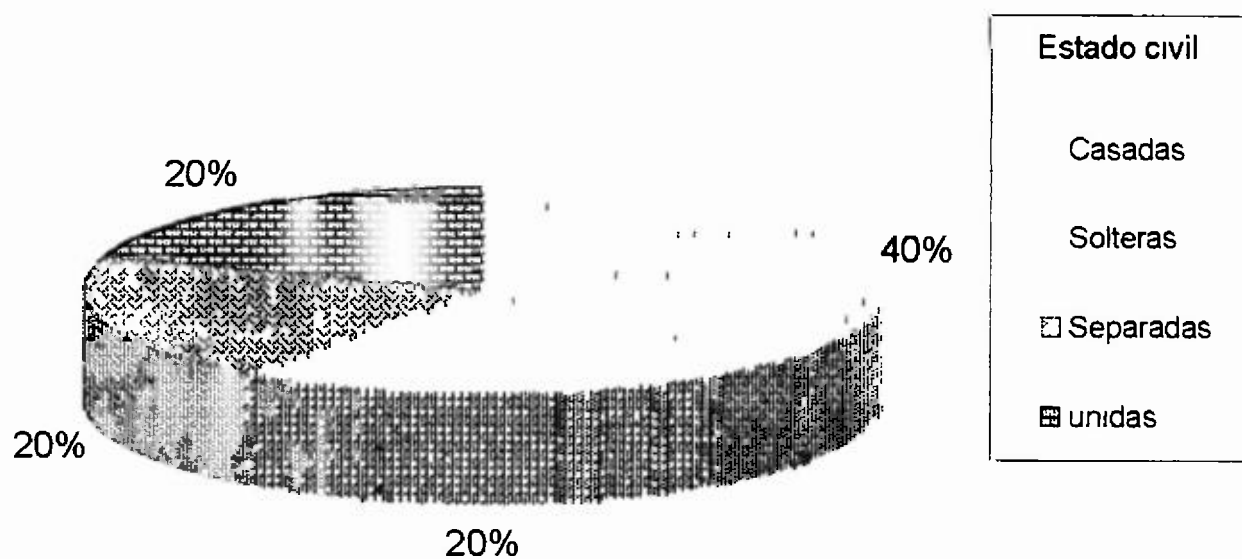
DISTRIBUCIÓN DE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO POR ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	F	%
Casadas	2	40
Solteras	1	20
Separadas	1	20
Unidas	1	20
Total	5	100

El cuadro No 2 indica que el 40% de la muestra (2 personas) se encuentra casada, un 20% (1 persona) es soltera, un 20% (1 persona) se encuentra separada y un 20% (1 persona) se mantiene en una unión libre estable

De los datos anteriores se desprende que el mayor porcentaje de las sobrevivientes de incesto de la muestra mantiene una relación de pareja estable al momento de la incorporación al grupo terapéutico

**Gráfico #2. DISTRIBUCION DE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO POR ESTADO CIVIL**



Fuente: Cuadro #2

CUADRO No 3

DISTRIBUCIÓN DE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO SEGÚN  
EL CORREGIMIENTO DE PROCEDENCIA

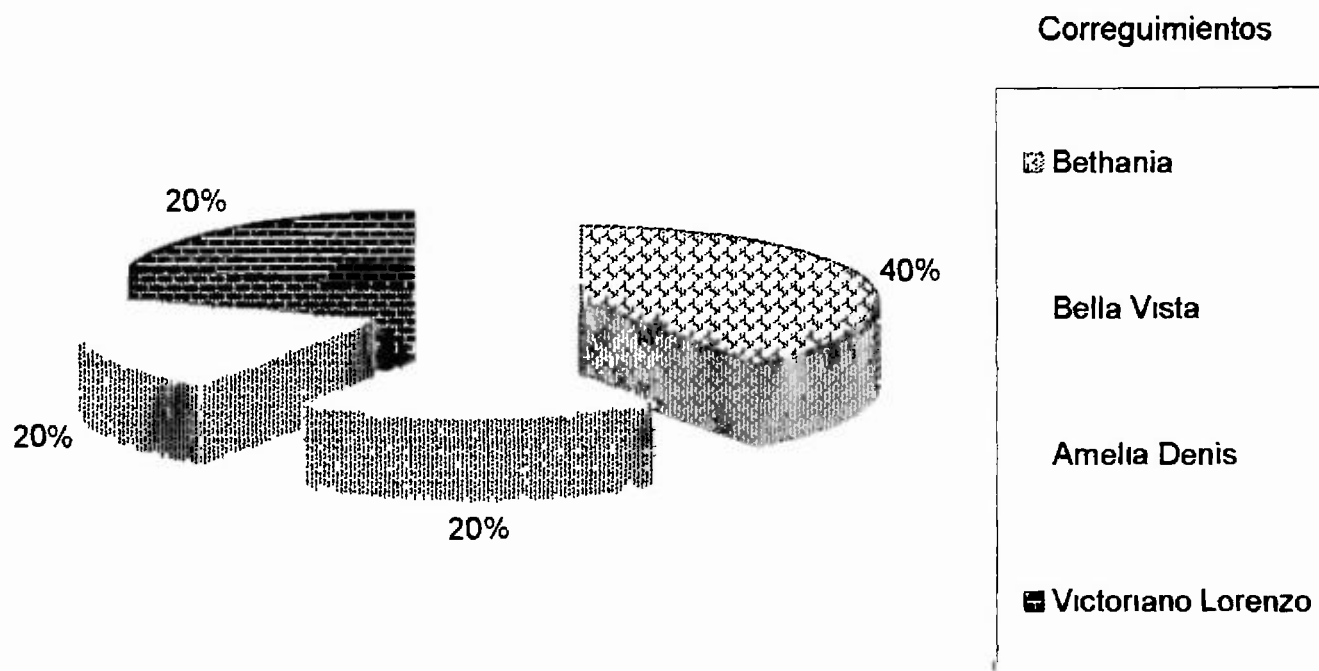
CORREGIMIENTO	F	%
Bethania	2	40
Bella Vista	1	20
Amelia Denis	1	20
Victoriano Lorenzo	1	20
Total	5	100

El cuadro No 3 indica que el 40% de la muestra (2 personas) procede del Corregimiento de Bethania, un 20% (1 persona) del Corregimiento de Bella Vista, un 20% (1 persona) del Corregimiento Amelia Denis de Icaza y un 20% (1 persona) del Corregimiento Victoriano Lorenzo

En los datos anteriores se observa que el total de la muestra reside en el área metropolitana y que el mayor porcentaje de las sobrevivientes de incesto proviene del Distrito de Panamá (60%) seguido por el Distrito de San Miguelito (40%)

Cabe señalar que, en la totalidad de los casos, los barrios de procedencia corresponden a un nivel de clase media.

**Gráfico #3. DISTRIBUCION DE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO SEGÚN EL CORREGIMIENTO DE PROCEDENCIA**



Fuente: Cuadro #3

CUADRO No 4

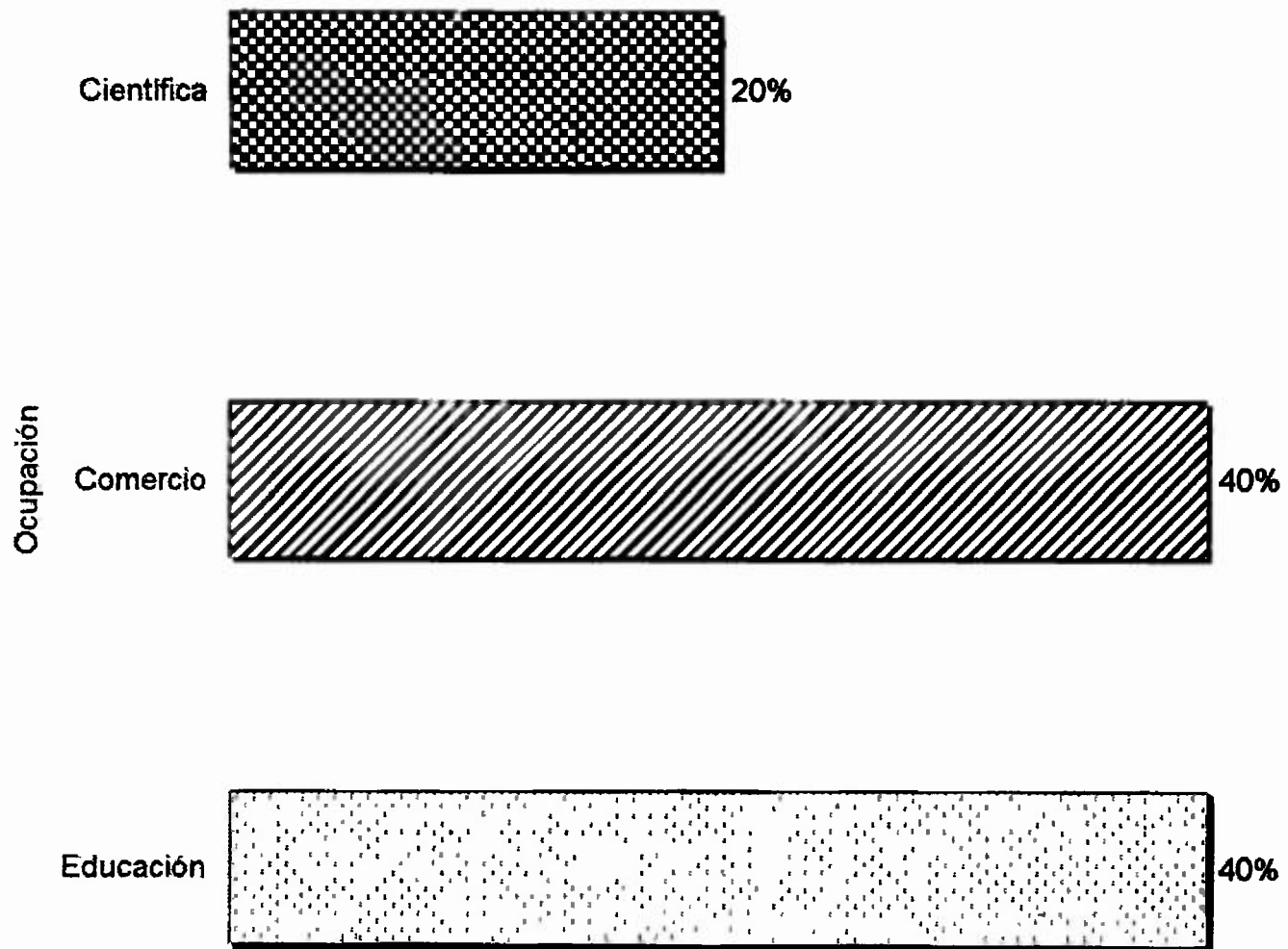
DISTRIBUCIÓN DE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO SEGÚN  
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS Y OCUPACIÓN LABORAL

OCUPACION (áreas)	F	%
Educación	2	40
Comercio	2	40
Científica	1	20
Total	5	100

El cuadro No 4 indica que el 40% de la muestra (2 personas) completó estudios universitarios y labora en el área educativa, un 40% (2 personas) completó estudios universitarios y labora en el área comercial y un 20% (1 persona) completó estudios universitarios y labora en el área científica

De los datos anteriores se desprende que la totalidad de la muestra cuenta con estudios universitarios y se desempeña en el área de su formación académica

**Gráfico #4. DISTRIBUCION DE LAS SOBREVIVIENTES DE  
INCESTO SEGÚN ESTUDIOS UNIVERSITARIOS  
Y OCUPACION LABORAL**



Fuente: Cuadro #4.

Porcentaje

## 2. CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DE ORIGEN Y ACTUAL

CUADRO No 5

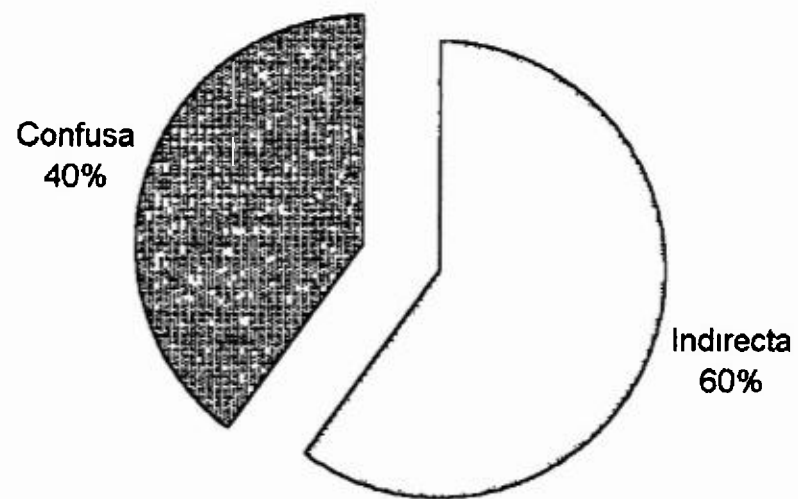
### DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE COMUNICACIÓN EXISTENTE EN LAS FAMILIAS DE ORIGEN DE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO

TIPO DE COMUNICACIÓN	F	%
Indirecta	3	60
Confusa	2	40
TOTAL	5	100

El cuadro No 5 indica que el 60% de la muestra (3 personas) refiere que en su familia de origen la comunicación era indirecta, utilizando a personas como intermediarias en las interacciones, mientras que el 40% (2 personas) refiere que la comunicación era confusa, pues no se expresaban los verdaderos pensamientos y sentimientos

De los datos anteriores se desprende que, para la totalidad de la muestra, la comunicación en su familia de origen fue inadecuada

**Gráfico #5. DISTRIBUCION DEL TIPO DE COMUNICACION  
EXISTENTE EN LAS FAMILIAS DE ORIGEN DE LAS  
SOBREVIVIENTES DE INCESTO**



Fuente. Cuadro #5.

CUADRO No 6

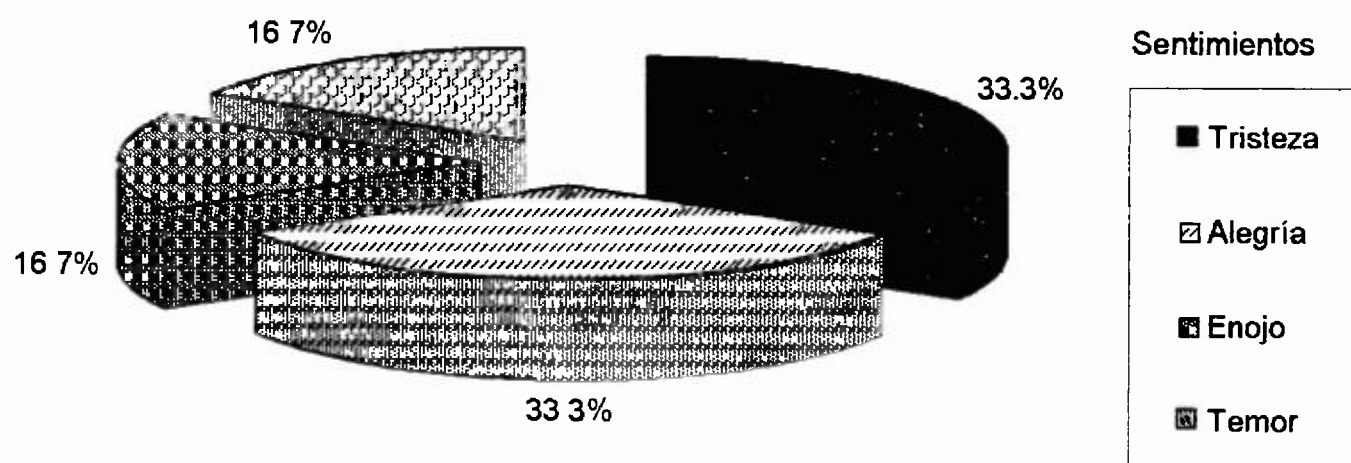
DISTRIBUCIÓN DE LOS SENTIMIENTOS QUE SE PODÍAN EXPRESAR EN LAS FAMILIAS DE ORIGEN DE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO

SENTIMIENTOS	F	%
Tristeza	4	33,3
Alegria	4	33,3
Enojo	2	16,7
Temor	2	16,7
Total	12	100

El cuadro No 6 indica que, en iguales porcentajes, 33,3% de la muestra (4 personas) informa que en su familia de origen se podían expresar los sentimientos de tristeza y alegría, seguido por un 16,7% (2 personas) que, en iguales porcentajes, informa que en su familia de origen se podían manifestar los sentimientos de enojo y temor

En los datos anteriores se observa que en las familias de origen de la muestra se permitía más exteriorizar los sentimientos de tristeza y alegría que los de enojo y temor, los cuales, en términos generales, eran restringidos sólo permitiendo su expresión en momentos extremos

**Gráfico #6 DISTRIBUCION DE LOS SENTIMIENTOS QUE SE PODIAN EXPRESAR EN LAS FAMILIAS DE ORIGEN DE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO**



Fuente: Cuadro #6

CUADRO No 7

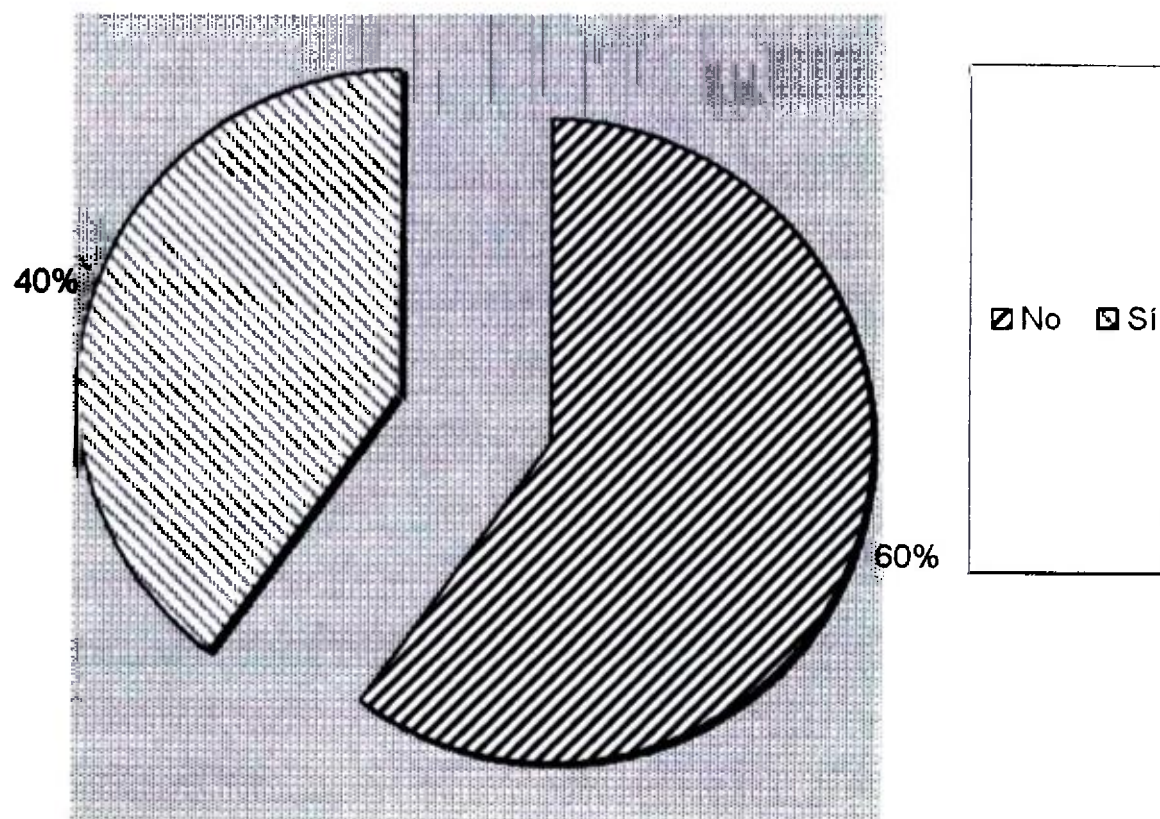
DISTRIBUCIÓN DE LA VIVENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN LAS FAMILIAS DE ORIGEN DE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO

VIVENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA	F	%
No	3	60
Sí	2	40
Total	5	100

El cuadro No 7 indica que el 60% de la muestra (3 personas) informa que no experimentó situaciones de violencia en sus familias de origen, mientras que el 40% (2 personas) informa que sí vivió este tipo de situaciones

En los datos anteriores se observa que el mayor porcentaje de las sobrevivientes de incesto de la muestra no fue testigo ni víctima de violencia intrafamiliar en sus hogares de origen

**Gráfico #7 DISTRIBUCION DE VIOLENCIA DOMESTICA EN LAS FAMILIAS DE ORIGEN DE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO**



Fuente: Cuadro #7.

CUADRO No 8

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA PRESENCIADA EN LAS FAMILIAS DE ORIGEN DE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO

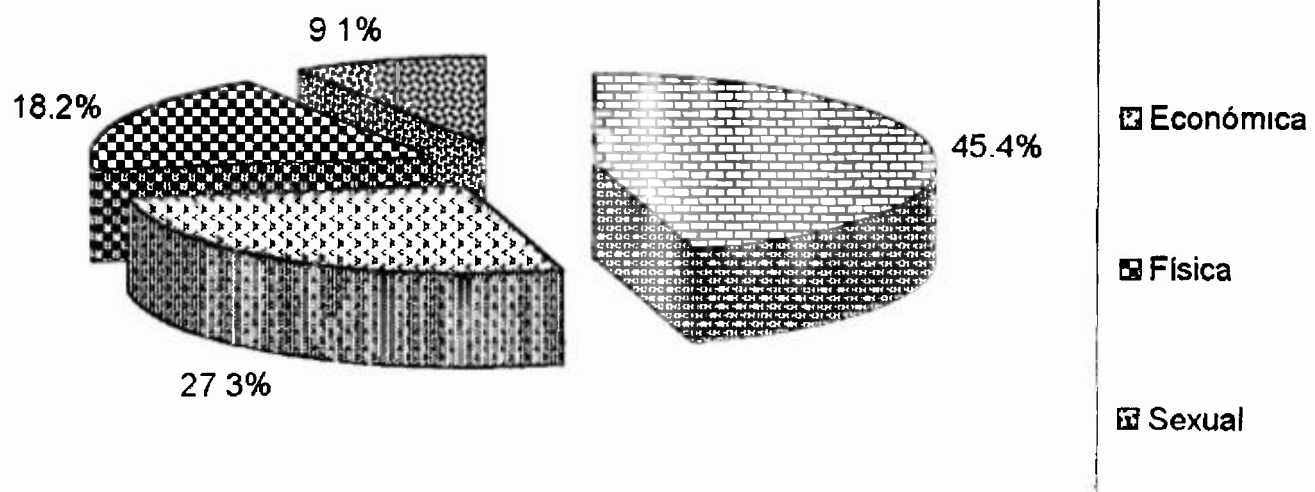
TIPO DE VIOLENCIA	F	%
Emocional	5	45,4
Económica	3	27,3
Física	2	18,2
Sexual	1	9,1
Total	11	100

El cuadro No 8 indica que el 45,4% de la muestra (5 personas) informa haber experimentado violencia emocional en su familia de origen, un 27,3% (3 personas) informa violencia económica, un 18,2% (2 personas) informa violencia física y un 9,1% (1 persona) informa violencia sexual

En los datos anteriores se observa que la totalidad de la muestra experimentó violencia emocional en su familia de origen, seguida en frecuencia por la violencia económica

Al comparar este cuadro con el anterior, resalta que la muestra inicialmente sólo identifica como violencia intrafamiliar a las conductas que implican agresiones físicas, soslayando los otros tipos de violencia doméstica hasta que se le pide que detallen las agresiones observadas en sus familias de origen

**Gráfico #8 DISTRIBUCION DEL TIPO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA PRESENCIADA EN LAS FAMILIAS DE ORIGEN DE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO**



Fuente: Cuadro #8

CUADRO No 9

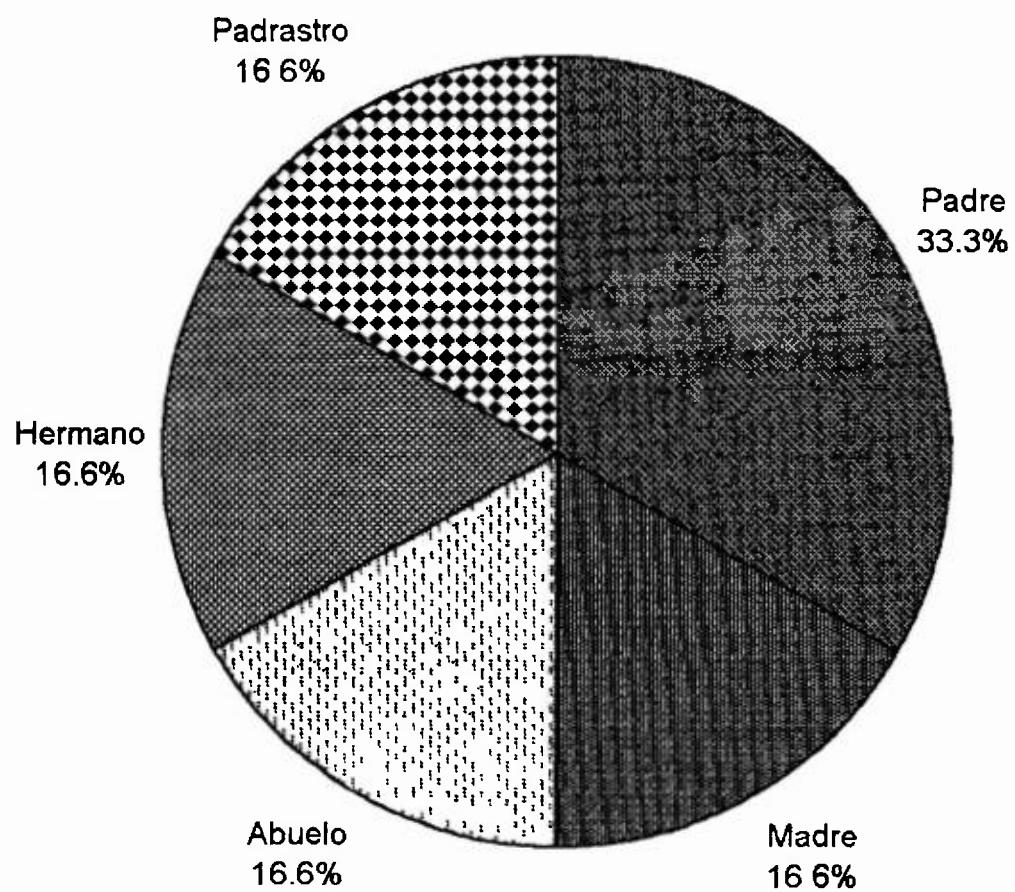
DISTRIBUCIÓN DE LA PERSONA IDENTIFICADA COMO LA AGRESORA EN LAS FAMILIAS DE ORIGEN DE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO

PERSONA(S) AGRESORA(AS)	F	%
Padre	2	33,3
Madre	1	16,6
Abuelo	1	16,6
Hermano	1	16,6
Padraastro	1	16,6
Total	6	100

El cuadro No 9 indica que el 33,3% de la muestra (2 personas) informa que el agresor en su familia de origen era su padre, mientras que, en iguales porcentajes, el 16,6% (1 persona) reporta como agresores a la madre, abuelo, hermano y padraastro

De los datos anteriores se desprende que en la mayoría de las familias de origen de la muestra los agresores eran figuras masculinas

**Gráfico #9 DISTRIBUCION DE LA PERSONA IDENTIFICADA  
COMO LA AGRESORA EN LAS FAMILIAS DE ORIGEN DE  
LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO**



Fuente: Cuadro #9.

CUADRO No 10

DISTRIBUCIÓN DE LAS ACTITUDES ANTE LOS TEMAS SEXUALES E INCESTO EN LAS FAMILIAS DE ORIGEN DE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO

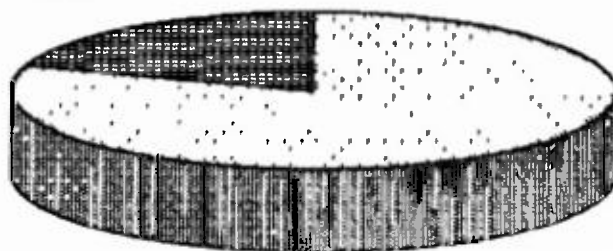
ACTITUD ANTE LOS TEMAS SEXUALES E INCESTO	F	%
No se podía hablar	4	80
Se podía hablar	1	20
Total	5	100

El cuadro No 10 indica que el 80% de la muestra (4 personas) refiere que en su familia de origen no se podía hablar de temas sexuales o del incesto, mientras que el 20% de la muestra (1 persona) refirió que estos temas sí podían ser abordados

En los datos anteriores se observa que en la mayoría de las familias de origen de la muestra no se podía hablar de temas sexuales o del incesto

**Gráfico #10 DISTRIBUCION DE LAS ACTITUDES ANTE LOS TEMAS SEXUALES E INCESTO EN LAS FAMILIAS DE ORIGEN DE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO**

se podía hablar  
20%



No se podía hablar  
80%

Fuente: Cuadro #10

CUADRO No 11

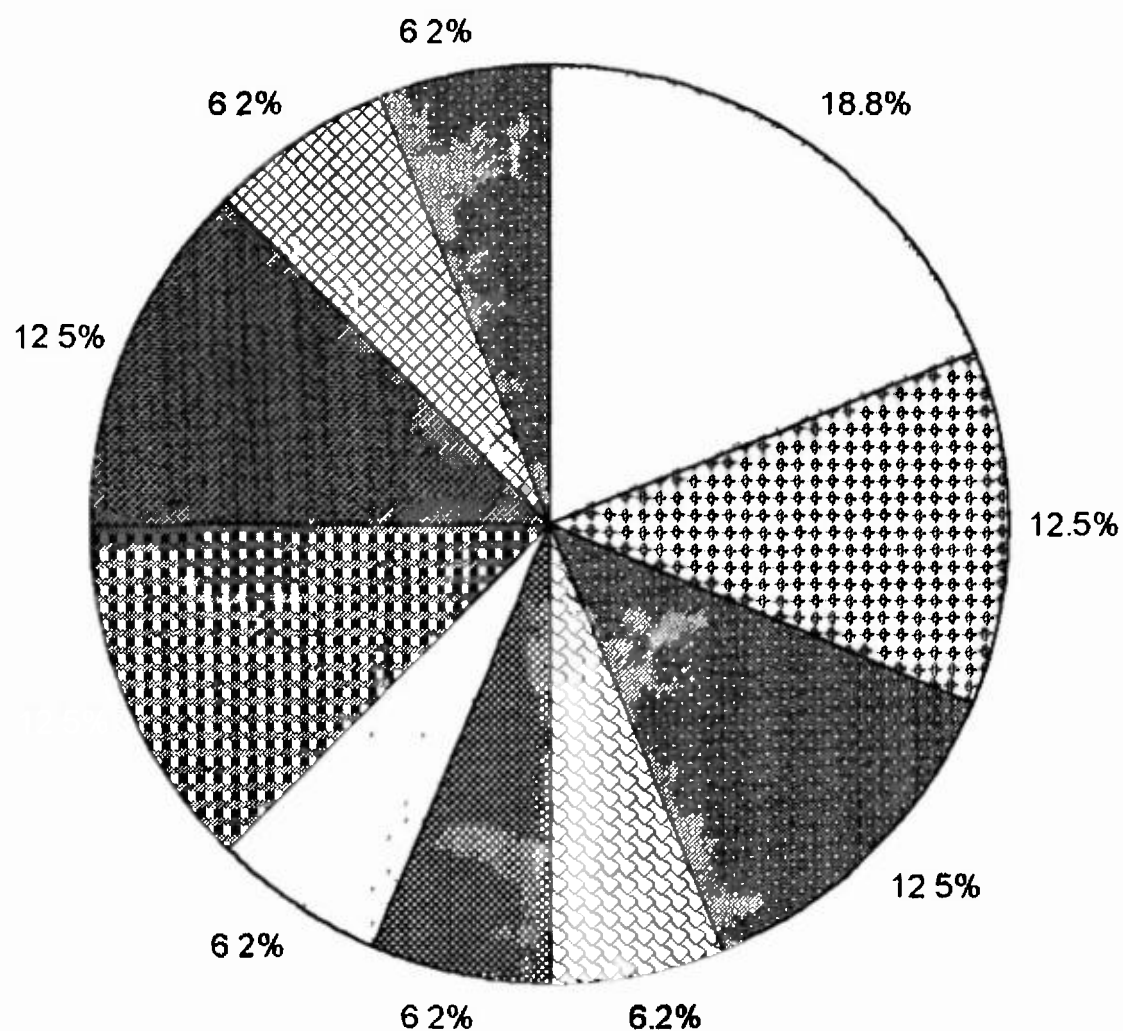
DISTRIBUCIÓN DE LAS CREENCIAS EN RELACIÓN AL INCESTO EN LAS  
FAMILIAS DE ORIGEN DE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO

CREENCIAS FAMILIARES	F	%
Los abusadores son locos o enfermos	3	18,8
La mujer tiene que aguantar	2	12,5
La mujer tiene que complacer	2	12,5
La mujer tiene que obedecer y seguir al varón	2	12,5
Ninguna mujer puede ser abusada en contra de su voluntad	2	12,5
El incesto es una fantasía infantil	1	6,2
Todas las víctimas de abuso sexual e incesto son niñas	1	6,2
Sólo los extraños abusan sexualmente de los niños	1	6,2
El incesto no daña a la persona	1	6,2
Los abusadores son adultos	1	6,2
Total	16	100

El cuadro No 11 indica que el 18,8% de la muestra (3 personas) refiere como creencia en su familia de origen, en relación al incesto, que los abusadores son locos o enfermos, mientras que, en iguales porcentajes, el 12,5% de la muestra (2 personas) refiere creencias como que la mujer tiene que aguantar, tiene que complacer y debe obedecer y seguir al varón, y que ninguna mujer puede ser abusada en contra de su voluntad, resultados que son seguidos, en iguales porcentajes, por el 6,2% de la muestra (1 persona) que refiere creencias tales como que el incesto es una fantasía infantil, sólo le ocurre a las niñas, sólo es realizado por extraños, no daña a la persona y sólo es cometido por adultos

En los datos anteriores se observa que en la mayoría de las familias de origen de la muestra predominaban creencias que asignaban a las mujeres la obligación de mantenerse bajo el mandato de los varones y complacerlos

**Gráfico #11 DISTRIBUCION DE LAS CREENCIAS EN RELACION AL INCESTO EN LAS FAMILIAS DE ORIGEN DE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO**



- Los abusadores son locos o enfermos
- La mujer tiene que aguantar
- La mujer tiene que complacer
- El incesto es una fantasía infantil
- Todas las víctimas de abuso sexual e incesto son niñas
- Sólo los extraños abusan sexualmente de los niños
- La mujer tiene que obedecer y seguir al varón
- Ninguna mujer puede ser abusada en contra de su voluntad
- El incesto no daña a la persona
- Los abusadores son adultos

Fuente: Cuadro #11.

CUADRO No 12

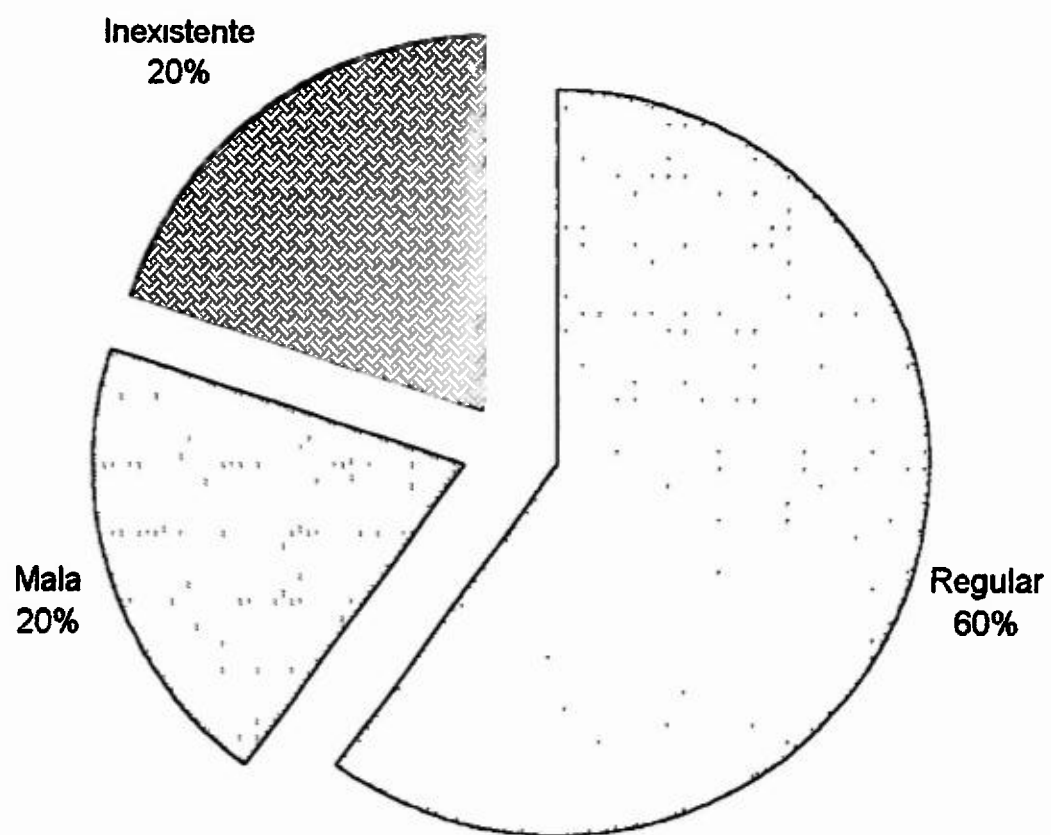
DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE RELACIÓN EXISTENTE ENTRE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO Y SUS FAMILIAS DE ORIGEN

TIPO DE RELACIÓN	F	%
Regular	3	60
Mala	1	20
Inexistente	1	20
Total	5	100

El cuadro No 12 indica que el 60% de la muestra (3 personas) informa mantener una relación regular con su familia de origen, un 20% de la muestra (1 persona) informa mantener una relación mala y un 20% (1 persona) informa no mantener relaciones con su familia de origen

En los datos anteriores se observa que la totalidad de la muestra mantiene vínculos insatisfactorios con sus familias de origen, de modo que ninguna de las participantes señala tener una buena relación con su parentela

**Gráfico #12 DISTRIBUCION DEL TIPO DE RELACION  
EXISTENTE ENTRE LAS SOBREVIVIENTES DE  
INCESTO Y SUS FAMILIAS DE ORIGEN**



Fuente: Cuadro #12

CUADRO No 13

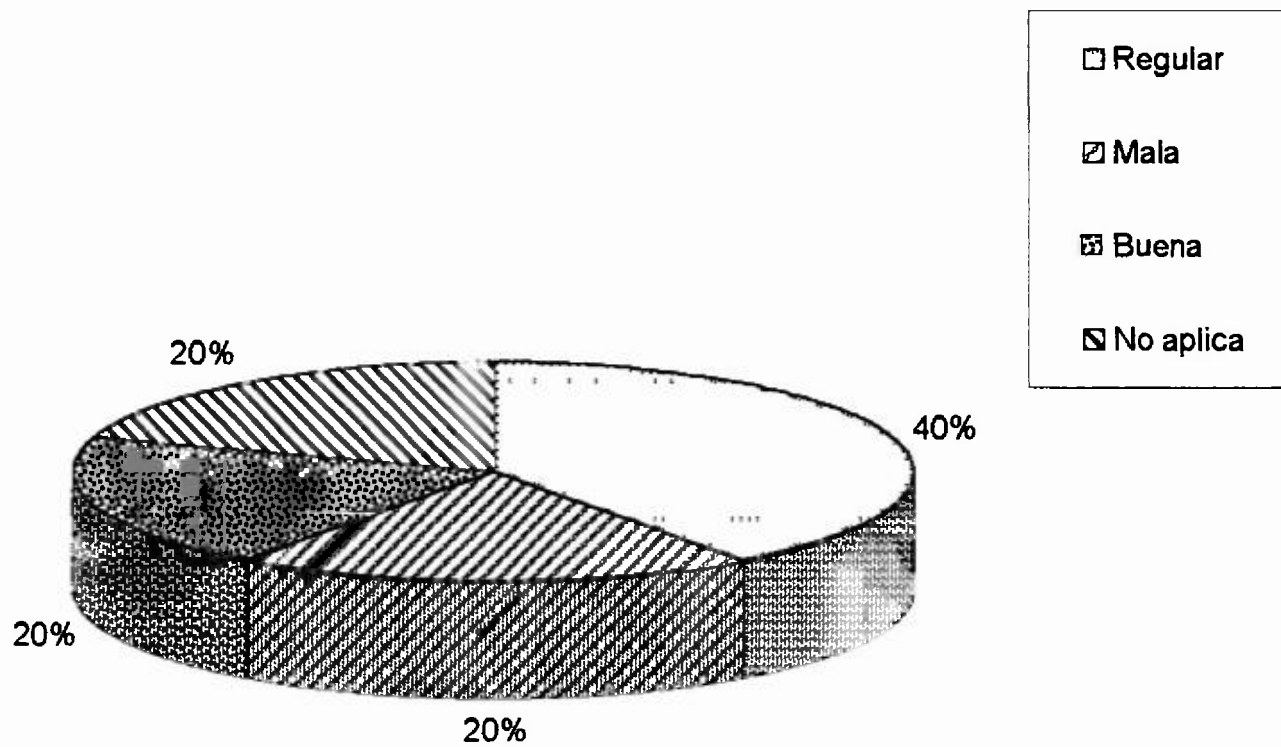
DISTRIBUCIÓN DE LA DESCRIPCIÓN QUE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO HACEN DE SU RELACIÓN DE PAREJA ACTUAL

TIPO DE RELACIÓN	F	%
Regular	2	40
Mala	1	20
Buena	1	20
No aplica	1	20
Total	5	100

El cuadro No 13 indica que el 40 % de la muestra (2 personas) describe su actual relación de pareja como regular, lo que es seguido por un 20% (1 persona) que la describe como mala, un 20% (1 persona) que la describe como buena y un 20% (1 persona) que señala no mantener ninguna relación de pareja en la actualidad

En los datos anteriores se observa que la mayoría de las integrantes de la muestra mantienen relaciones de pareja que no le son satisfactorias, de modo que sólo una de las participantes describió su relación como buena

**Gráfico #13 DISTRIBUCION DE LA DESCRIPCION QUE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO HACEN DE SU RELACION DE PAREJA ACTUAL**



Fuente: Cuadro #13.

### 3. CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN INCESTUOSA

CUADRO No 14

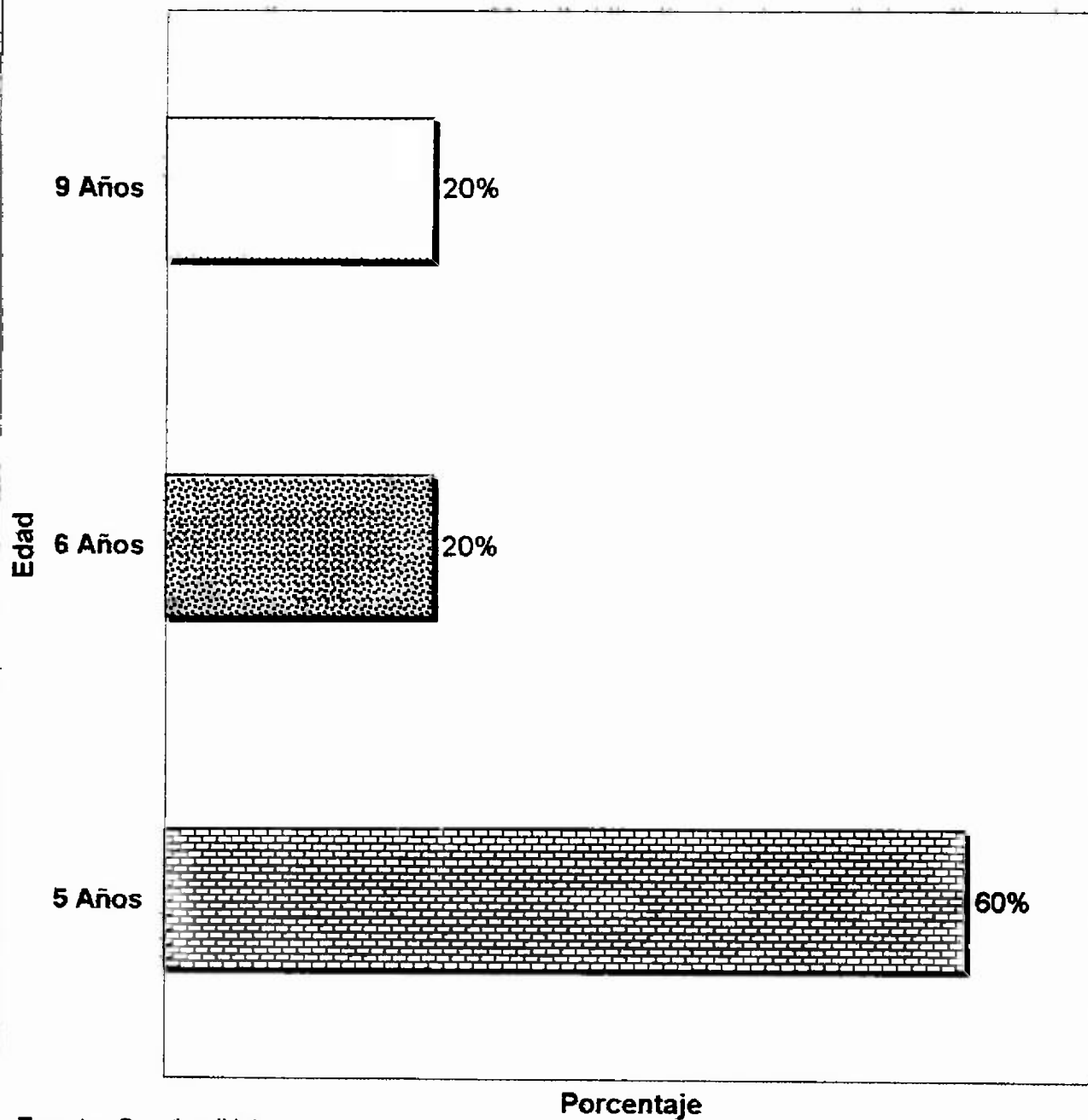
#### DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD EN QUE INICIÓ EL INCESTO

EDAD	F	%
5 años	3	60
6 años	1	20
9 años	1	20
Total	5	100

El cuadro No 14 indica que el 60% de la muestra (3 personas) informa que contaba con 5 años de edad al iniciarse el incesto, un 20% (1 persona) informa que contaba con 6 años de edad y un 20% (1 persona) informa que contaba con 9 años de edad

En los datos anteriores se observa que la mayoría de las integrantes de la muestra contaban con 5 años de edad al iniciarse el incesto

**Gráfico #14 DISTRIBUCION DE LA EDAD EN QUE INICIO EL INCESTO POR PRIMERA VEZ**



Fuente: Cuadro #14.

CUADRO No.15

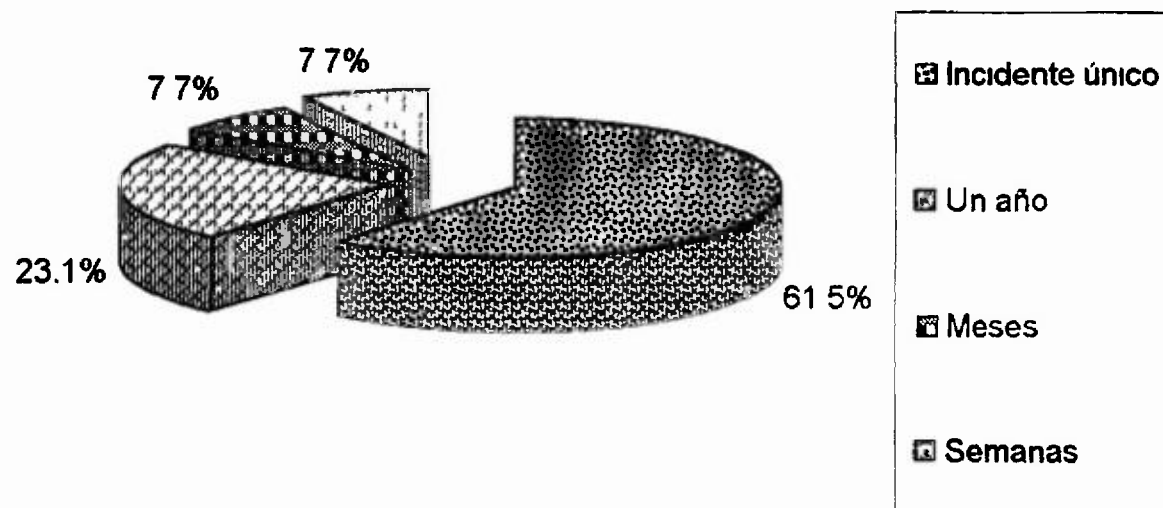
DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO POR EL QUE SE PROLONGÓ EL INCESTO

TIEMPO	F	%
Incidente único	8	61,5
Un año	3	23,1
Meses	1	7,7
Semanas	1	7,7
Total	13	100

El cuadro No 15 indica que en el 61,5% de los casos de incesto (5 agresores) el abuso consistió en un incidente único, en un 23,1% de los casos (3 agresores) el abuso se prolongó por un año, en un 7,7% de los casos (1 agresor) se prolongó por meses y en un 7,7% de los casos (1 agresor) se prolongó por semanas

En los datos anteriores se observa que la prolongación de los hechos incestuosos varió en los diferentes abusos con una extensión máxima de un año, sin embargo, en la mayoría de los casos, los mismos se desarrollaron en incidentes únicos

Gráfico #15 DISTRIBUCION DEL TIEMPO POR EL QUE SE PROLONGO EL INCESTO



Fuente: Cuadro #15

CUADRO No 16

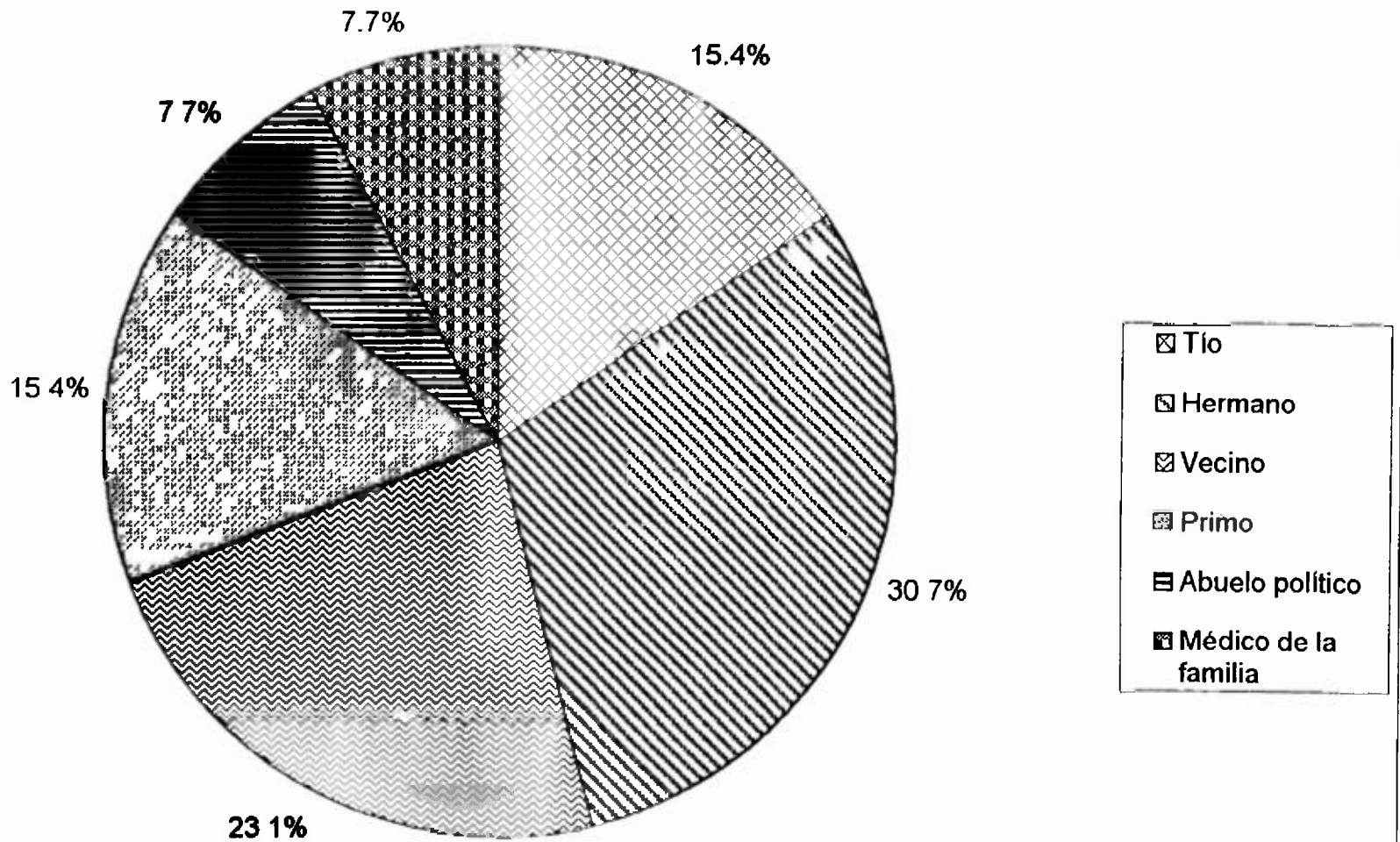
DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL ABUSADOR Y LA SOBREVIVIENTE

TIPO DE RELACION	F	%
Hermano	4	30,7
Vecino	3	23,1
Tío	2	15,4
Primo	2	15,4
Abuelo político	1	7,7
Médico de la familia	1	7,7
Total	13	100

El cuadro No 16 indica que el 30,7% de la muestra (4 personas) identifica como abusador a un hermano, el 23,1% (3 personas) identifica a un vecino, el 15,4% (2 personas) identifica a un tío, un 15,4% (2 personas) identifica a un primo, un 7,7% (1 persona) identifica a un abuelo político y un 7,7% (1 persona) identifica al médico de la familia.

En los datos anteriores se observa que, para la mayoría de las sobrevivientes, el abusador era una persona con quien mantenía vínculos cosanguíneos, aunque un número significativo de sobrevivientes señalan también a personas que eran cercanas a la familia.

**Gráfico #16 DISTRIBUCION DEL TIPO DE RELACION EXISTENTE ENTRE EL ABUSADOR Y LA SOBREVIVIENTE**



Fuente: Cuadro #16.

CUADRO No 17

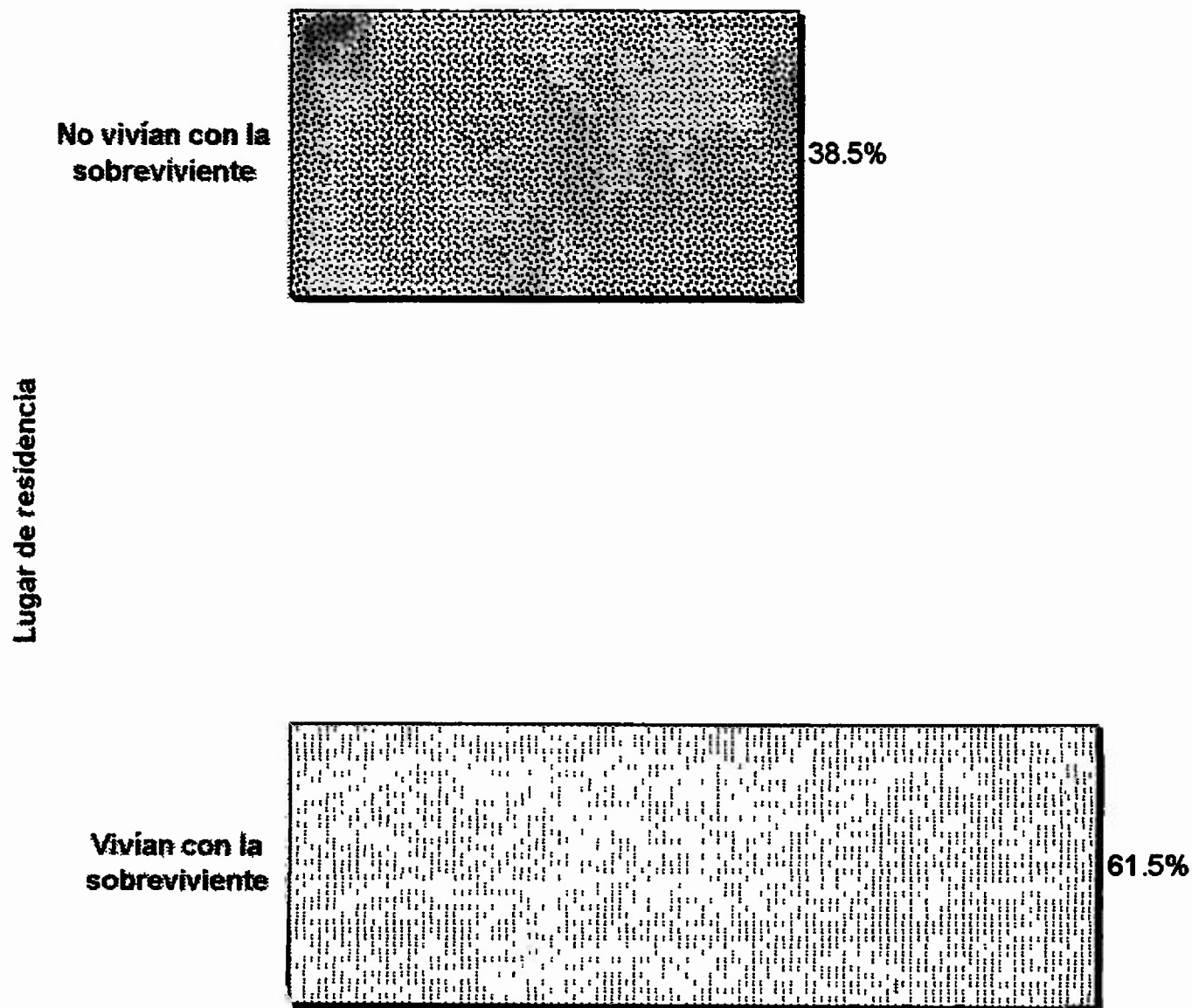
DISTRIBUCIÓN DEL LUGAR DE RESIDENCIA DE LOS AGRESORES AL MOMENTO DE OCURRIR EL INCESTO

LUGAR DE RESIDENCIA	F	%
Vivían con la sobreviviente	8	61,5
No vivían con la sobreviviente	5	38,5
Total	13	100

El cuadro No 17 indica que en el 61,5% de los casos (8 agresores) el abusador vivía con la sobreviviente, mientras que en el 38,5% de los casos (5 agresores) el abusador vivía en un hogar diferente al de la sobreviviente

En los datos anteriores se observa que, en la mayoría de los casos, las sobrevivientes compartían el hogar con el abusador al momento de ocurrir el incesto

# Gráfico #17 DISTRIBUCION DEL LUGAR DE RESIDENCIA DE LOS AGRESORES AL MOMENTO DE OCURRIR EL INCESTO



CUADRO No 18

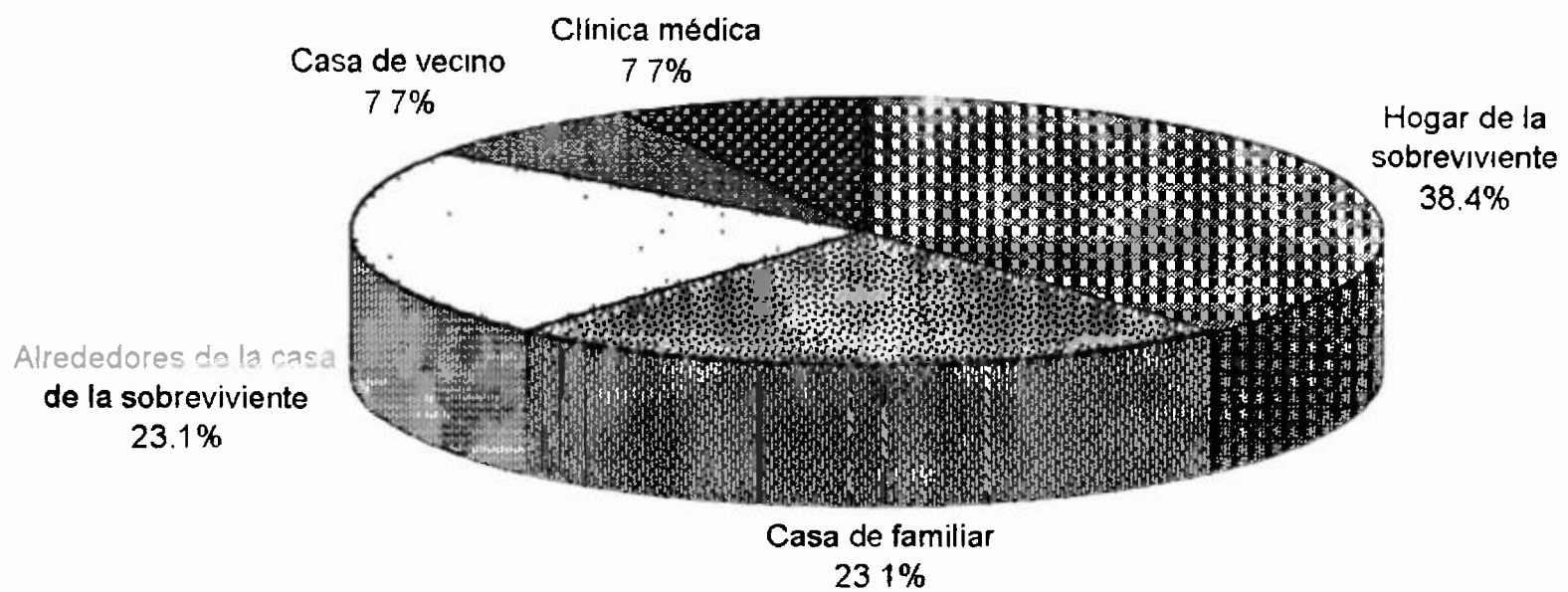
DISTRIBUCIÓN DE LOS LUGARES DONDE OCURRIÓ EL INCESTO

LUGAR	F	%
Hogar de la sobreviviente	5	38,4
Casa de Familiar	3	23,1
Alrededores de la casa de la sobreviviente	3	23,1
Casa de vecino	1	7,7
Clínica médica	1	7,7
TOTAL	13	100

El cuadro No 18 indica que el 38,4% de los casos (5 agresores) el abuso ocurrió en el hogar de la sobrevivientes, en el 23,1% de los casos (3 agresores) ocurrió en la casa de un familiar, en el 23,1% de los casos (3 agresores) ocurrió en los alrededores del hogar de la sobreviviente, en el 7,7% de los casos (1 agresor) ocurrió en la casa del vecino y en el 7,7% de los casos (1 agresor) ocurrió en la clínica médica a la que la sobreviviente fue llevada para recibir una atención sanitaria

En los datos anteriores se observa que, en la mayoría de los casos, el incesto ocurrió en lugares de gran familiaridad para las sobrevivientes

**Gráfico #18 DISTRIBUCION DE LOS LUGARES DONDE OCURRIO EL INCESTO**



Fuente: Cuadro #18.

CUADRO No 19

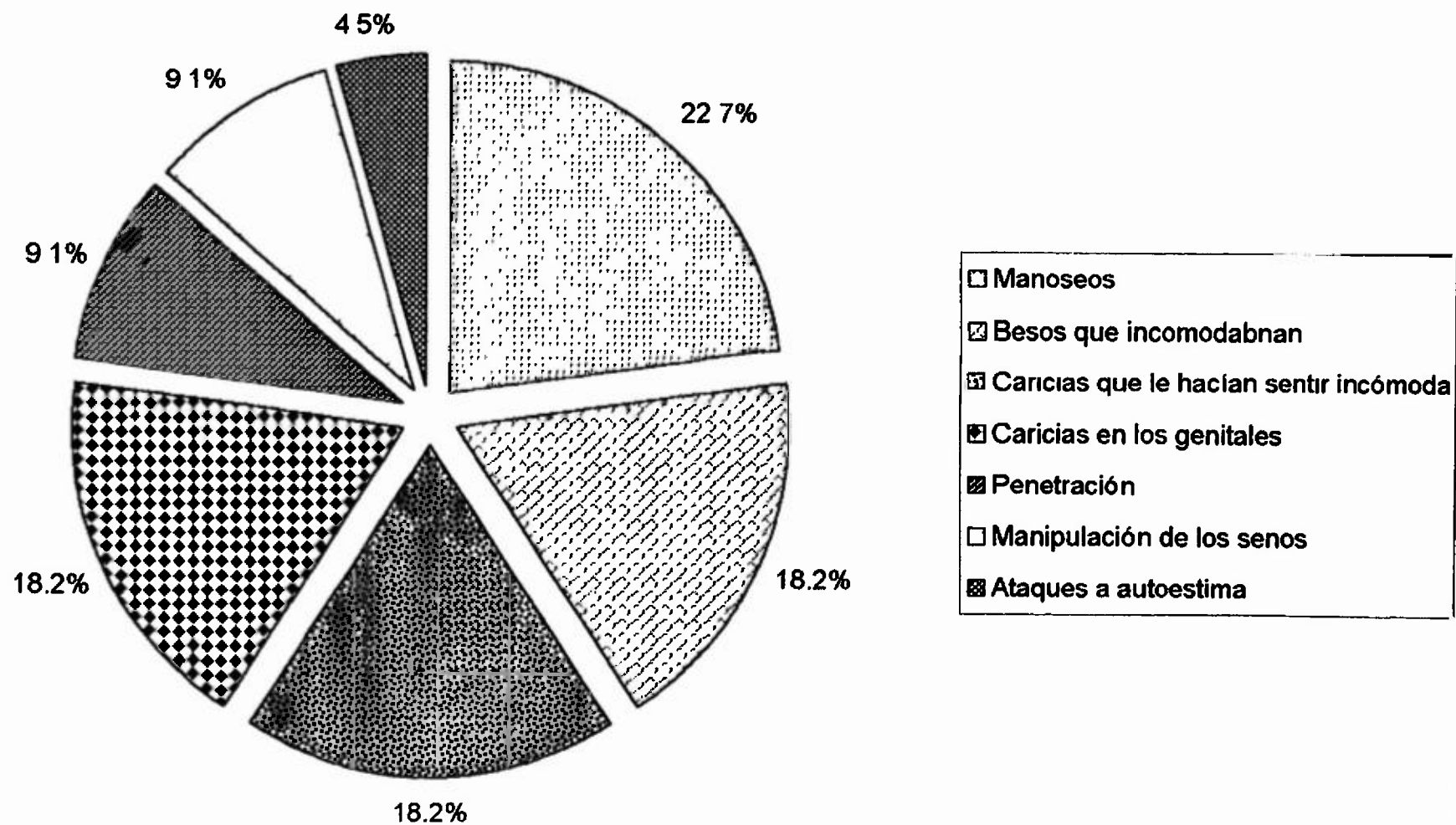
DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE ABUSO UTILIZADAS  
POR EL AGRESOR

FORMAS DE ABUSO	F	%
Manoseos	5	22,7
Besos que incomodaban	4	18,2
Caricias que le hacían sentir incómoda	4	18,2
Caricias en los genitales	4	18,2
Penetración	2	9,1
Manipulación de los senos	2	9,1
Ataques a la autoestima	1	4,5
TOTAL	22	100

El cuadro No 19 indica que, en relación a las formas de abuso utilizadas por el agresor, el 22,7% de la muestra (5 personas) refiere manoseos, el 18,2% (4 personas) refiere besos incómodos, el 18,2 % (4 personas) refiere caricias incómodas, el 18,2 % (4 personas) refiere caricias en los genitales, 9,1% (2 personas) refiere haber sido penetradas, el 9,1% (2 personas) refiere manipulación de los senos y el 4,5% (1 persona) refiere ataques a la autoestima.

En los datos anteriores se observa que, en la mayoría de los casos, los abusos sexuales consistieron en diferentes tipos de manipulación corporal, más que en relaciones sexuales completas las cuales se encuentran entre los menores porcentajes reportados

**Gráfico #19 DISTRIBUCION DE LAS FORMAS DE ABUSO UTILIZADAS POR EL AGRESOR**



Fuente. Cuadro #19.

CUADRO No 20

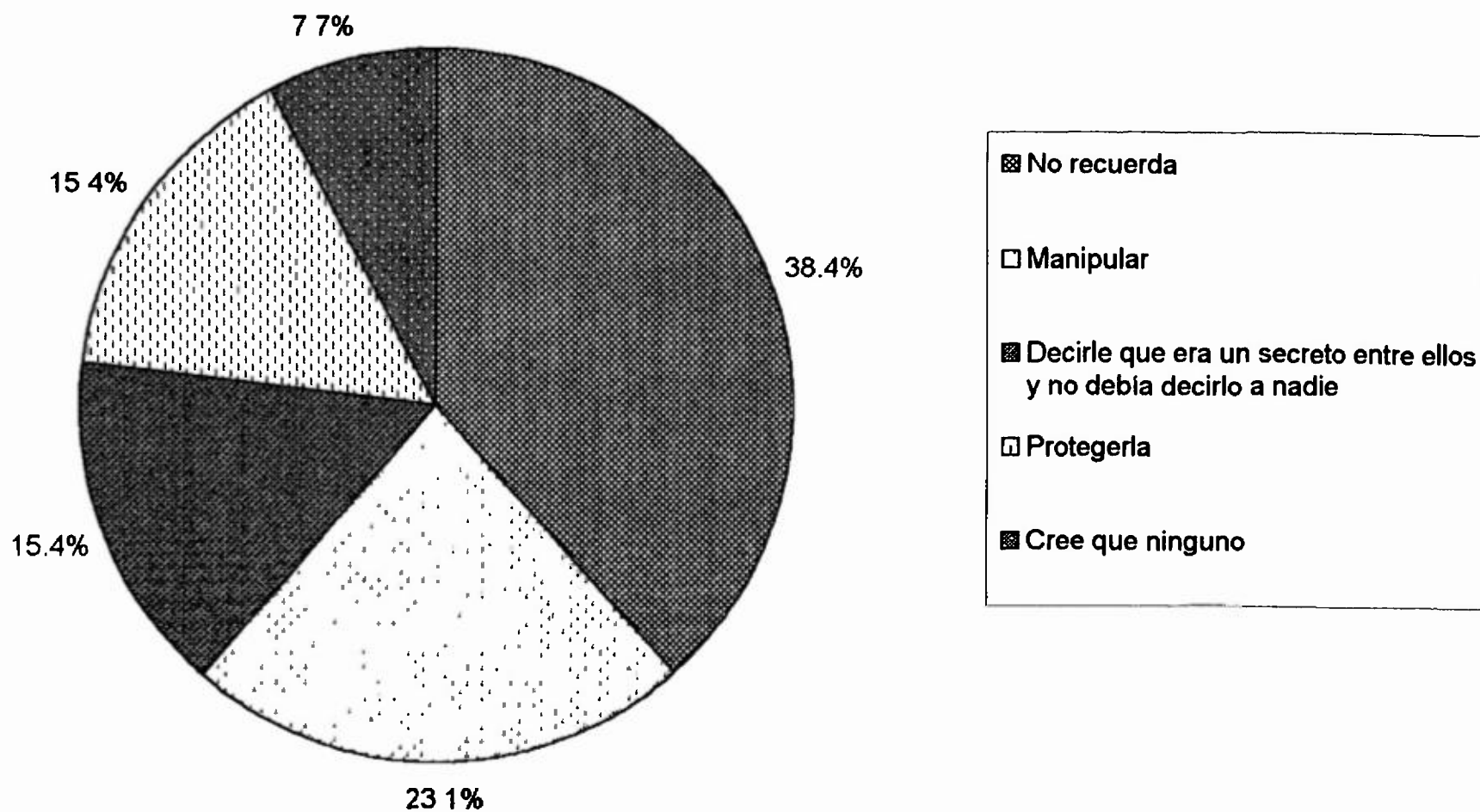
DISTRIBUCIÓN DE LOS MECANISMOS UTILIZADOS POR EL AGRESOR PARA INVOLUCRAR A LA SOBREVIVIENTE

MECANISMOS	F	%
No recuerda	5	38,4
Manipular	3	23,1
Decirle que era un secreto entre ellos y no debía decirlo a nadie	2	15,4
Protegerla	2	15,4
Cree que ninguno	1	7,7
TOTAL	13	100

El cuadro No 20 indica que en el 38,4% de los casos (5 agresores) las sobrevivientes refieren no recordar el mecanismo utilizado para involucrarlas, en el 23,1% de los casos (3 personas) las sobrevivientes refieren que fue a través de manipulaciones, en el 15,4 de los casos (2 personas) las sobrevivientes refieren que les fue dicho que lo ocurrido era un secreto que nadie más debía conocer, en el 15,4% de los casos (2 agresores) el abusador asumió el rol de protector de la niña y en el 7,7% de los casos (1 agresor) la sobreviviente no recuerda que utilizara algún mecanismo para involucrarla.

En los datos anteriores se observa que, a pesar de que en relación a un número importante de agresores, las sobrevivientes señalan no poder recordar los mecanismos utilizados para involucrarlas, la mayoría de los abusadores recurrió a algún tipo de procedimiento entre los que fueron identificados manipular, fomentar el secreto y brindar protección

**Gráfico #20 DISTRIBUCION DE LOS MECANISMOS UTILIZADOS POR EL AGRESOR PARA INVOLUCRAR A LA SOBREVIVIENTE**



Fuente: Cuadro #20.

CUADRO No 21

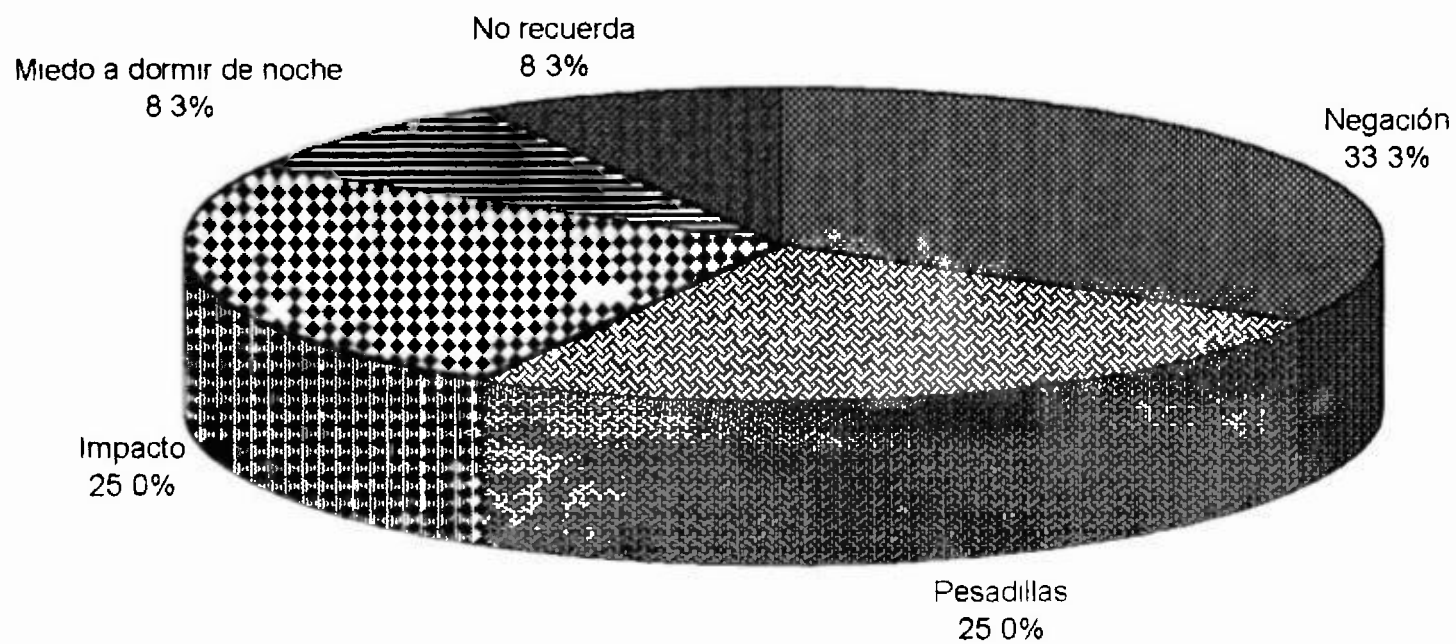
DISTRIBUCIÓN DE LAS REACCIONES DE LAS SOBREVIVIENTES  
DURANTE EL INCESTO

REACCIONES	F	%
Negación	4	33,3
Pesadillas	3	25
Impacto	3	25
Miedo a dormir de noche	1	8,3
No recuerda	1	8,3
TOTAL	12	100

El cuadro No 21 indica que el 33,3% de la muestra (4 personas) refiere que durante el incesto su reacción fue la negación, el 25% (3 personas) refiere que reaccionó viviendo el hecho como una pesadilla, el 25% (3 personas) refiere que reaccionó sintiéndose impactada ante lo que le estaba ocurriendo, el 8,3% (1 persona) refiere que reaccionó con miedo a dormir de noche y el 8,3% (1 persona) refiere no recordar su reacción durante el abuso

En los datos anteriores se observa que la negación fue la reacción mayormente experimentada por las sobrevivientes durante el abuso sexual, de forma que no creían lo que les estaba ocurriendo y se sorprendían ante el hecho

**Gráfico #21 DISTRIBUCION DE LAS REACCIONES DE LAS SOBREVIVIENTES DURANTE EL INCESTO**



CUADRO No 22

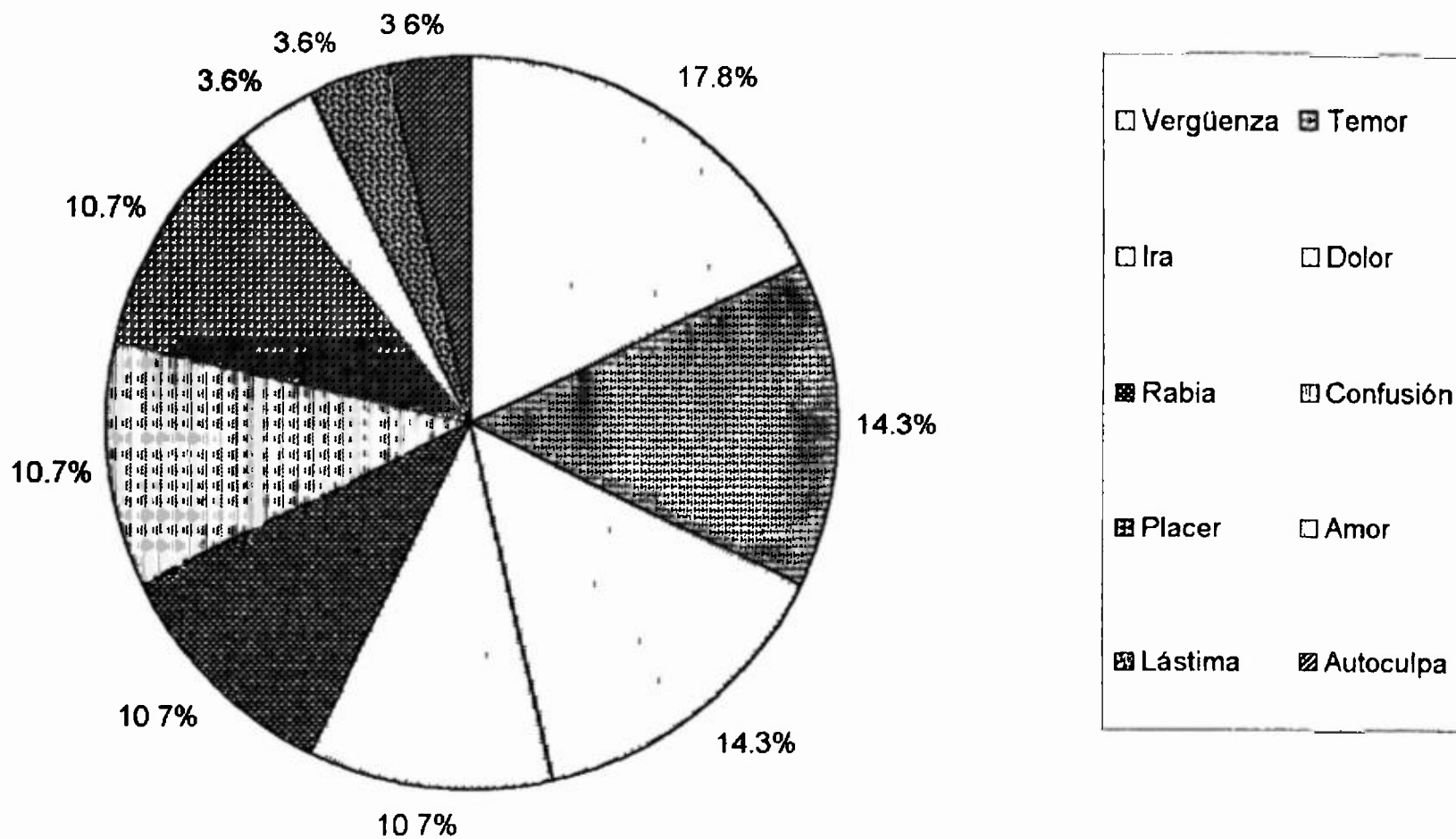
DISTRIBUCIÓN DE LOS SENTIMIENTOS DESPERTADOS POR LOS OFENSORES EN LAS SOBREVIVIENTES DURANTE EL INCESTO

SENTIMIENTOS	F	%
Vergüenza	5	17,8
Temor	4	14,3
Ira	4	14,3
Dolor	3	10,7
Rabia	3	10,7
Confusión	3	10,7
Placer	3	10,7
Amor	1	3,6
Lástima	1	3,6
Autoculpa	1	3,6
TOTAL	28	100

El cuadro No 22 indica que el 17,8% de la muestra (5 personas) refiere sentimientos de vergüenza durante el incesto, el 14,3% (4 personas) refiere sentimientos de temor, el 14,3% (4 personas) refiere sentimientos de ira, el 10,7% (3 personas) refiere, en iguales porcentajes, sentimientos de dolor, rabia, confusión y placer, mientras que el 3,6% (1 persona) refiere, en iguales porcentajes, sentimientos de amor, lástima y “autoculpa”

En los datos anteriores se observa que la distribución de los sentimientos experimentados por las sobrevivientes durante el incesto abarca una amplia gama, misma en la que los sentimientos de ira y rabia se encuentran entre los más frecuentes

**Gráfico #22 DISTRIBUCION DE LOS SENTIMIENTOS DESPERTADOS POR LOS OFENSORES EN LAS SOBREVIVIENTES DURANTE EL INCESTO**



Fuente: Cuadro #22.

CUADRO No 23

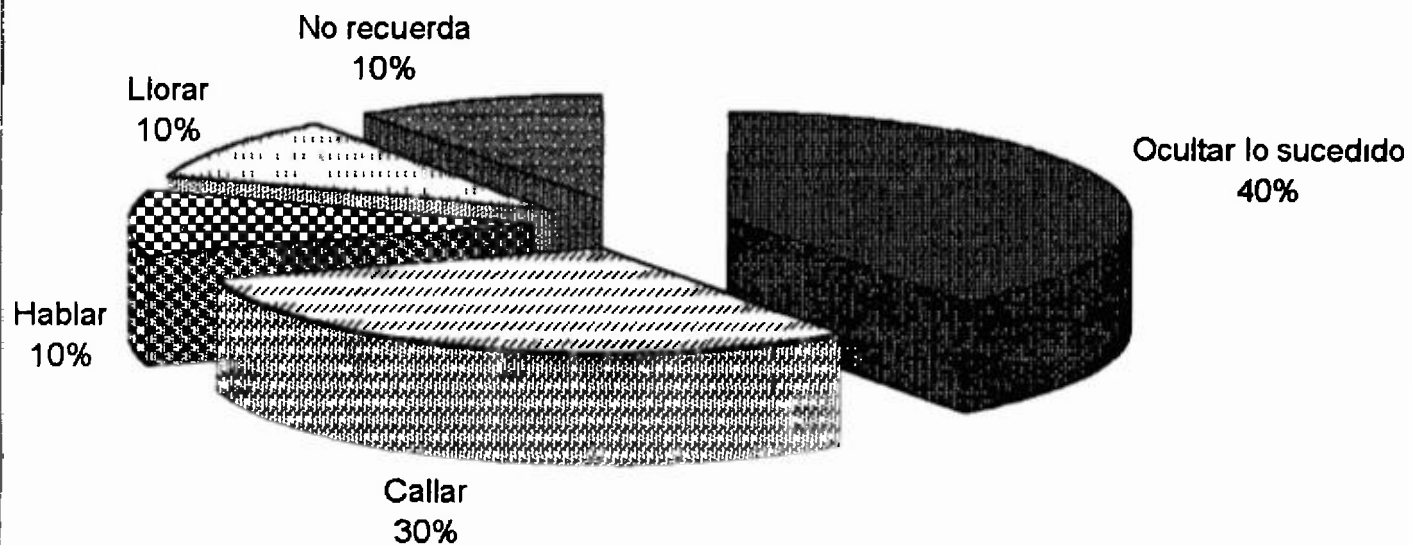
DISTRIBUCIÓN DE LAS REACCIONES INMEDIATAS DE LAS SOBREVIVIENTES DESPUÉS DEL INCESTO

REACCIONES	F	%
Ocultar lo sucedido	4	40
Callar	3	30
Hablar	1	10
Llorar	1	10
No recuerda	1	10
TOTAL	10	100

El cuadro No 23 indica que el 40% de la muestra (4 personas) refiere que su reacción inmediata frente al incesto fue ocultar lo sucedido, el 30% (3 personas) refiere que fue callar y el 10% (1 persona) refiere, en iguales porcentajes, que sus reacciones fueron hablar de lo ocurrido, llorar o no recuerda la reacción

En los datos anteriores se observa que, para la mayoría de las sobrevivientes, la reacción inmediata al abuso sufrido fue evitar que otras personas tuviesen conocimiento del hecho, de forma que ocultaban lo ocurrido y no hablaban al respecto

**Gráfico #23 DISTRIBUCION DE LAS REACCIONES INMEDIATAS DE LAS SOBREVIVIENTES DESPUES DEL INCESTO**



Fuente: Cuadro #23.

CUADRO No 24

DISTRIBUCIÓN DE LOS SENTIMIENTOS Y REACCIONES EXPERIMENTADAS  
POR LAS SOBREVIVIENTES DESPUÉS DEL INCESTO

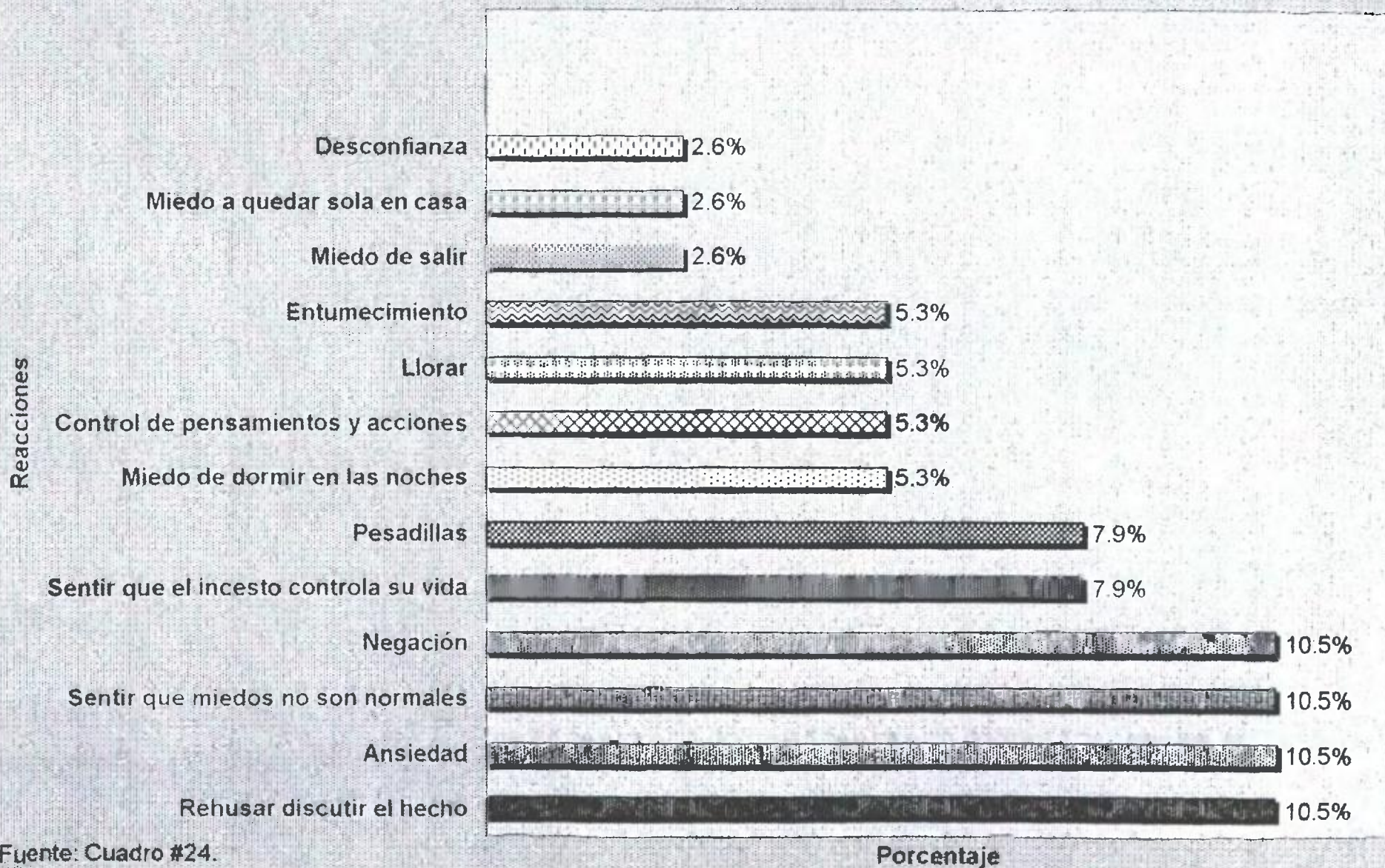
SENTIMIENTOS/ REACCIONES	F	%
Irritabilidad y enojo	5	13,2
Negación	4	10,5
Rehusar discutir el hecho	4	10,5
Ansiedad	4	10,5
Sentir que los miedos no son normales	4	10,5
Sentir que el incesto controla su vida	3	7,9
Pesadillas	3	7,9
Control de pensamientos y acciones	2	5,3
Miedo de dormir en las noches	2	5,3
Llorar	2	5,3
Entumecimiento	2	5,3
Miedo de salir	1	2,6
Miedo a quedar sola en casa	1	2,6
Desconfianza	1	2,6
TOTAL	38	100

El cuadro No 24 indica que, en relación a los sentimientos y reacciones experimentadas después del incesto, el 13,2% de la muestra (5 personas) refiere irritabilidad y enojo, el 10,5% (4 personas) refiere, en iguales porcentajes, negación, rehusar discutir el hecho, ansiedad y sentir que los miedos no son normales, el 7,9% (3

personas) refiere, en iguales porcentajes, sentir que el incesto controla su vida y tener pesadillas, 5,3% (2 personas) refiere, en iguales porcentajes, deseos de controlar sus pensamientos y acciones, miedo a dormir de noche, el llanto y sentimientos de entumecimiento y el 2,6% (1 persona) refiere, en iguales porcentajes, miedo a salir del hogar, miedo a quedar sola en el hogar y desconfianza.

En los datos anteriores se observa que las reacciones y sentimientos expresados por las sobrevivientes después del incesto cubren una amplia variedad de posibilidades, mismas en las que destacan diferentes tipos de miedos y los sentimientos de irritabilidad y enojo

**Gráfico #24 DISTRIBUCION DE LOS SENTIMIENTOS Y LAS REACCIONES EXPERIMENTADAS POR LAS SOBREVIVIENTES DESPUES DEL INCESTO**



Fuente: Cuadro #24.

CUADRO No 25

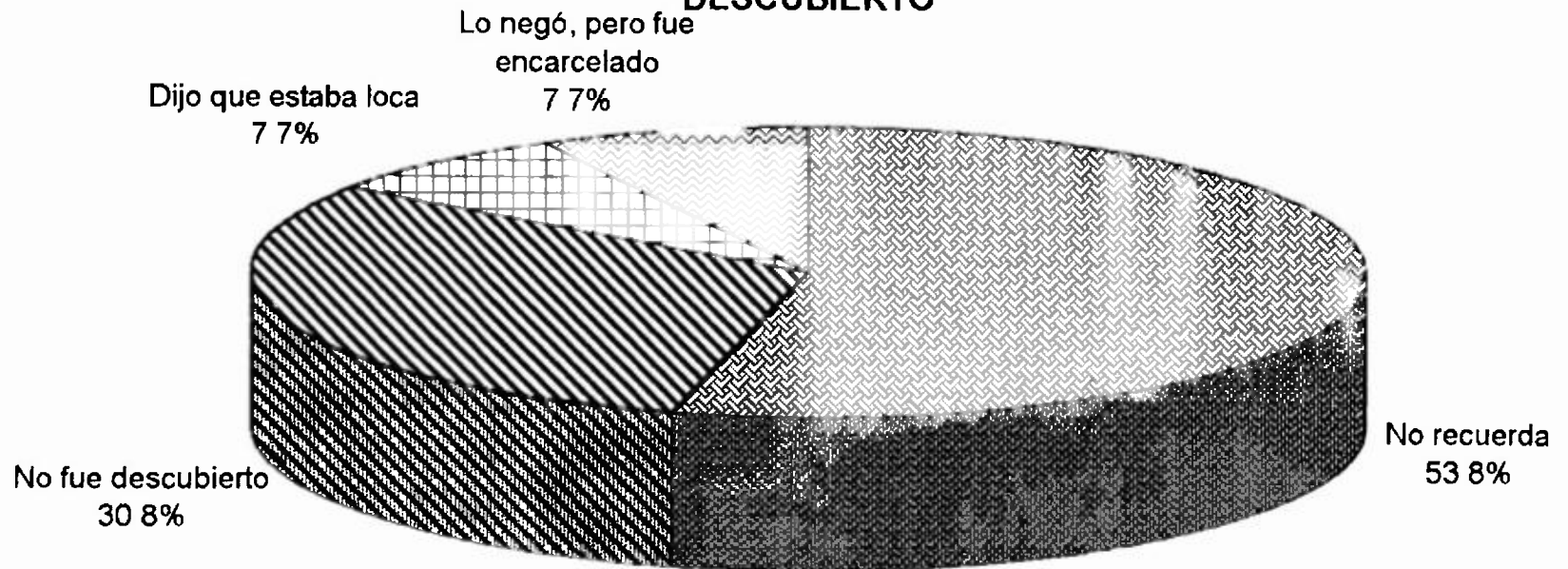
DISTRIBUCIÓN DE LA REACCIÓN DEL ABUSADOR AL SER DESCUBIERTO

REACCIÓN	F	%
No recuerda	7	53,8
No fue descubierto	4	30,8
Dijo que estaba loca	1	7,7
Lo negó, pero fue encarcelado	1	7,7
TOTAL	13	100

El cuadro No 25 indica que en el 53,8% de los casos (7 agresores) las sobrevivientes no recuerdan la reacción del abusador al ser descubierto, en el 30,8% de los casos (4 agresores) el abusador no fue descubierto, en el 7,7% de los casos (1 agresor) el abusador dijo que ella estaba loca y en otro 7,7% de los casos (1 agresor) el abusador negó el hecho, pero fue encarcelado

En los datos anteriores se observa que, en la mayoría de los casos de incesto, el agresor no recibió ninguna consecuencia por el abuso cometido, pues generalmente no fue descubierta su acción

**Gráfico #25 DISTRIBUCION DE LA REACCION DEL ABUSADOR AL SER  
DESCUBIERTO**



Fuente: Cuadro #25.

CUADRO No 26

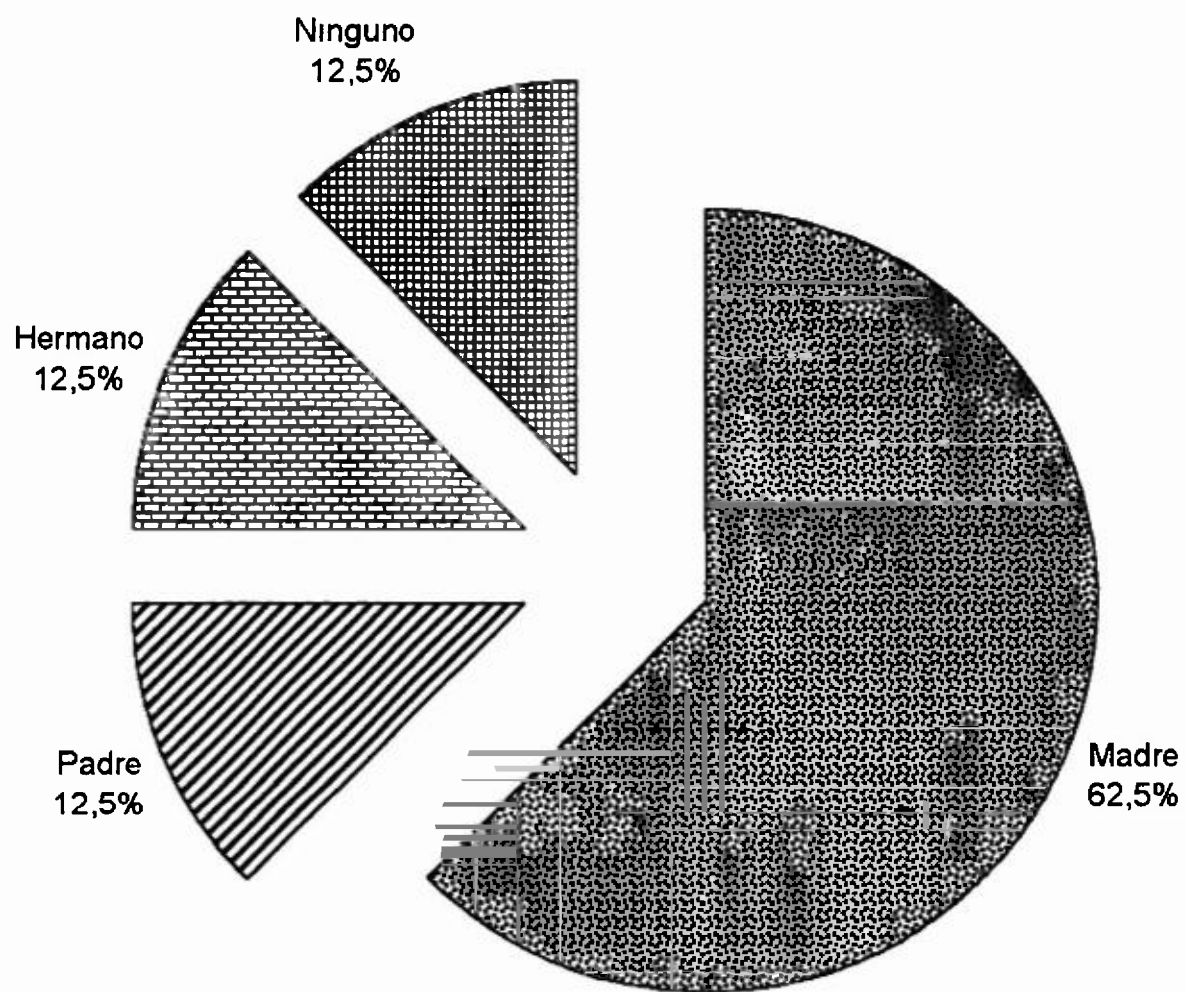
DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LAS SOBREVIVIENTES QUE TUVIERON CONOCIMIENTO DEL INCESTO

FAMILIAR	F	%
Madre	5	62,5
Padre	1	12,5
Hermano	1	12,5
Ninguno	1	12,5
TOTAL	8	100

El cuadro No 26 indica que, en relación a los familiares que tuvieron conocimiento del incesto, el 62,5% de la muestra (5 personas) refiere a su madre, mientras que el 12,5% (1 persona) refiere, en iguales porcentajes, al padre, hermano y que ninguna persona tuvo conocimiento del abuso

En los datos anteriores se observa que en la totalidad de los casos las sobrevivientes señalan que su madre tuvo conocimiento del incesto Sin embargo, cabe señalar que las sobrevivientes difieren en relación al momento y la forma en que sus progenitoras tuvieron conocimiento de los hechos

**Gráfico #26 DISTRIBUCION DE LOS FAMILIARES DE LAS SOBREVIVIENTES QUE TUVIERON CONOCIMIENTO DEL INCESTO**



Fuente: Cuadro #26.

CUADRO No. 27

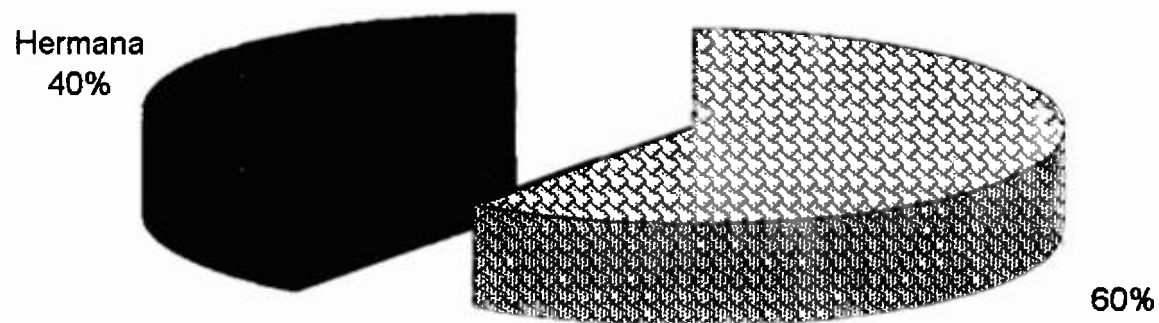
DISTRIBUCIÓN DE OTROS FAMILIARES DE LAS SOBREVIVIENTES QUE  
HAN SIDO VÍCTIMAS DE INCESTO

FAMILIAR	F	%
No sabe	3	60
Hermana	2	40
TOTAL	5	100

El cuadro No 27 indica que el 60% de la muestra (3 personas) refiere desconocer si otros familiares han sido víctimas de incesto, mientras que el 40% de la muestra (2 personas) refiere tener una hermana que también fue víctima de incesto

En los datos anteriores se observa que la mayoría de las sobrevivientes no saben si en sus familias existen más sobrevivientes de incesto Sin embargo, cabe señalar que en los casos de las dos hermanas que fueron abusadas, los agresores fueron el padre y un hermano

**Gráfico #27 DISTRIBUCION DE OTROS FAMILIARES DE LAS SOBREVIVIENTES QUE HAN SIDO VICTIMAS DE INCESTO**



Fuente: Cuadro #27.

CUADRO No 28

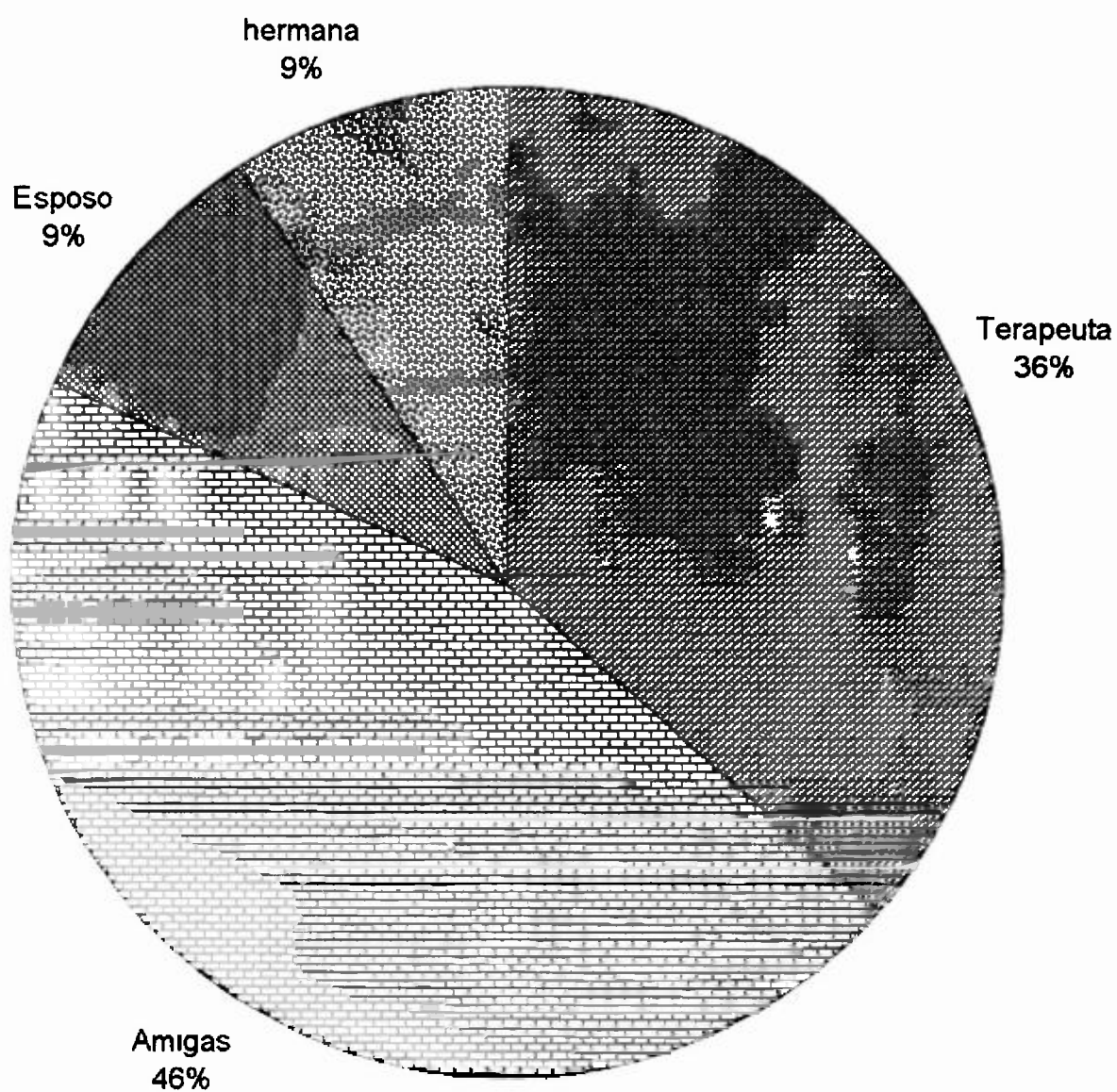
DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS CON QUIENES LAS SOBREVIVIENTES  
HAN DISCUTIDO EL INCESTO

PERSONAS	F	%
Amigas	5	45,5
Terapeuta	4	36,3
Esposo	1	9,1
Hermana	1	9,1
TOTAL	11	100

El cuadro No 28 indica que el 45,4% de la muestra (5 personas) han discutido el incesto sufrido con amigas, el 36,3% (4 personas) lo han hecho con un terapeuta y el 9,1% (1 persona) lo ha hecho, en iguales porcentajes, con el esposo y una hermana

En los datos anteriores se observa que la totalidad de la muestra ha elegido a personas exteriores al núcleo familiar para compartir el secreto del incesto experimentado, destacando las amistades femeninas en esta selección

**Gráfico #28 DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS CON QUIENES LAS SOBREVIVIENTES HAN DISCUTIDO EL INCESTO**



Fuente: Cuadro #28.

CUADRO No 29

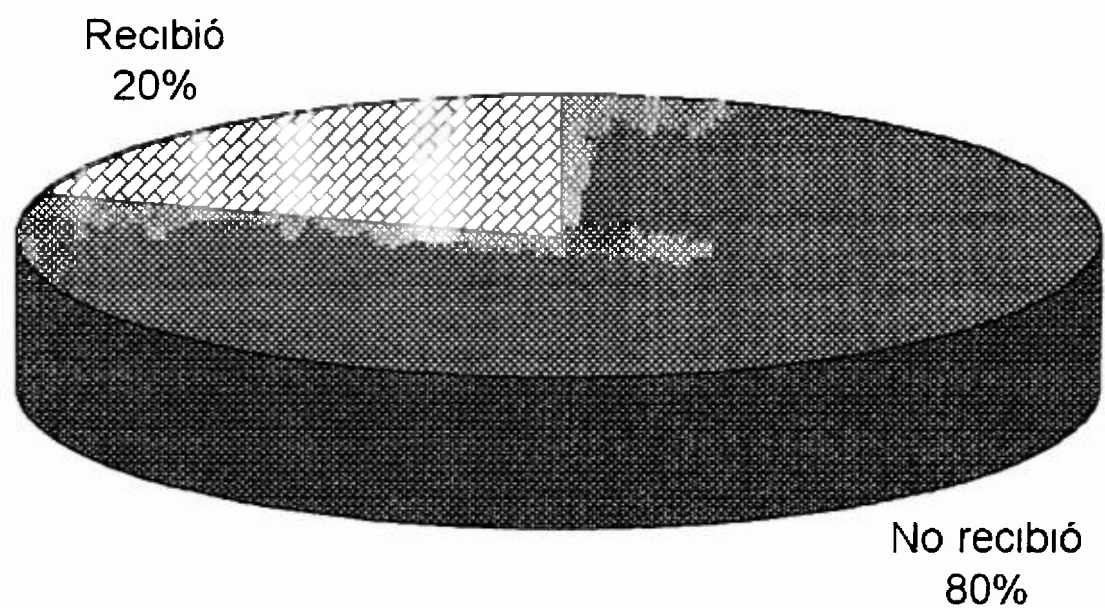
DISTRIBUCIÓN DE LA RECEPCION DE TRATAMIENTO INMEDIATO POR LAS SOBREVIVIENTES COMO RESULTADO DEL INCESTO

Recepción de Tratamiento Inmediato	F	%
No recibió	4	80
Recibió	1	20
TOTAL	5	100

El cuadro No 29 indica que el 80% de la muestra (4 personas) no recibió tratamiento inmediato como resultado del incesto, mientras que el 20% de la muestra (1 persona) sí recibió atención inmediata al hecho

En los datos anteriores se observa que la mayoría de las sobrevivientes no recibió tratamiento inmediato al incesto. No obstante, cabe señalar que la sobreviviente que recibió tratamiento especializado fue atendida únicamente en relación a la sintomatología física, no la emocional

**Gráfico #29 DISTRIBUCION DE LA RECEPCION DE  
TRATAMIENTO INMEDIATO POR LAS  
SOBREVIVIENTES COMO  
RESULTADO DEL  
INCESTO**



Fuente Cuadro #29

CUADRO No 30

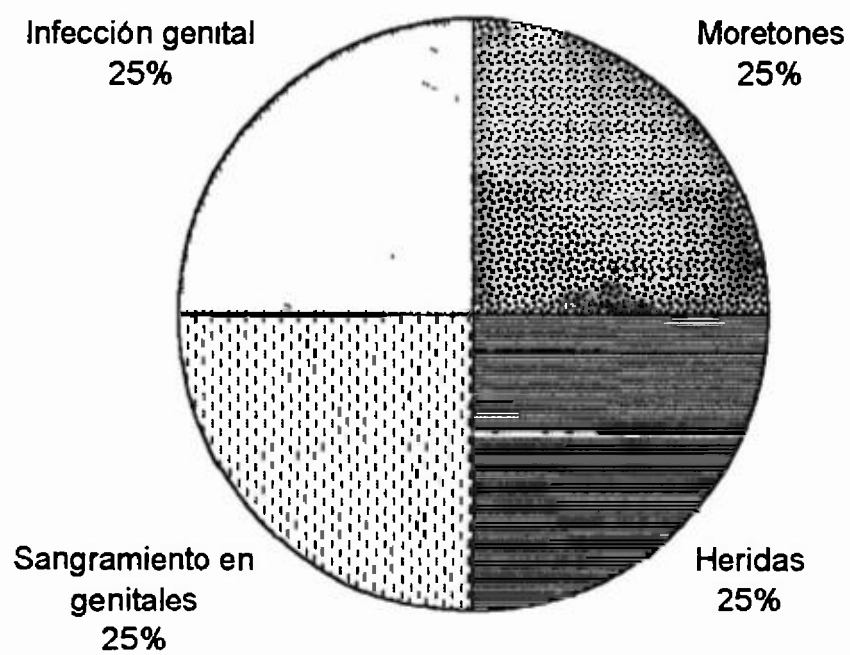
DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS FÍSICAS EXPERIMENTADAS POR LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO

CONSECUENCIAS FÍSICAS	F	%
Moretones	1	25
Heridas	1	25
Sangramiento en genitales	1	25
Infección genital	1	25
TOTAL	4	100

El cuadro No 30 indica que, en relación a las consecuencias físicas experimentadas a raíz del incesto, el 25% de la muestra (1 persona) refiere, en iguales porcentajes, moretones, heridas, sangrado en los genitales y una infección genital

En los datos anteriores se observa que las sobrevivientes reportan pocas consecuencias físicas como producto del incesto, la mitad de las cuales no serían indicativas, por sí solas, de manipulación sexual

**GRAFICO 30 DISTRIBUCION DE LAS CONSECUENCIAS FISICAS EXPERIMENTADAS POR LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO**



Fuente: Cuadro #30

CUADRO No 31

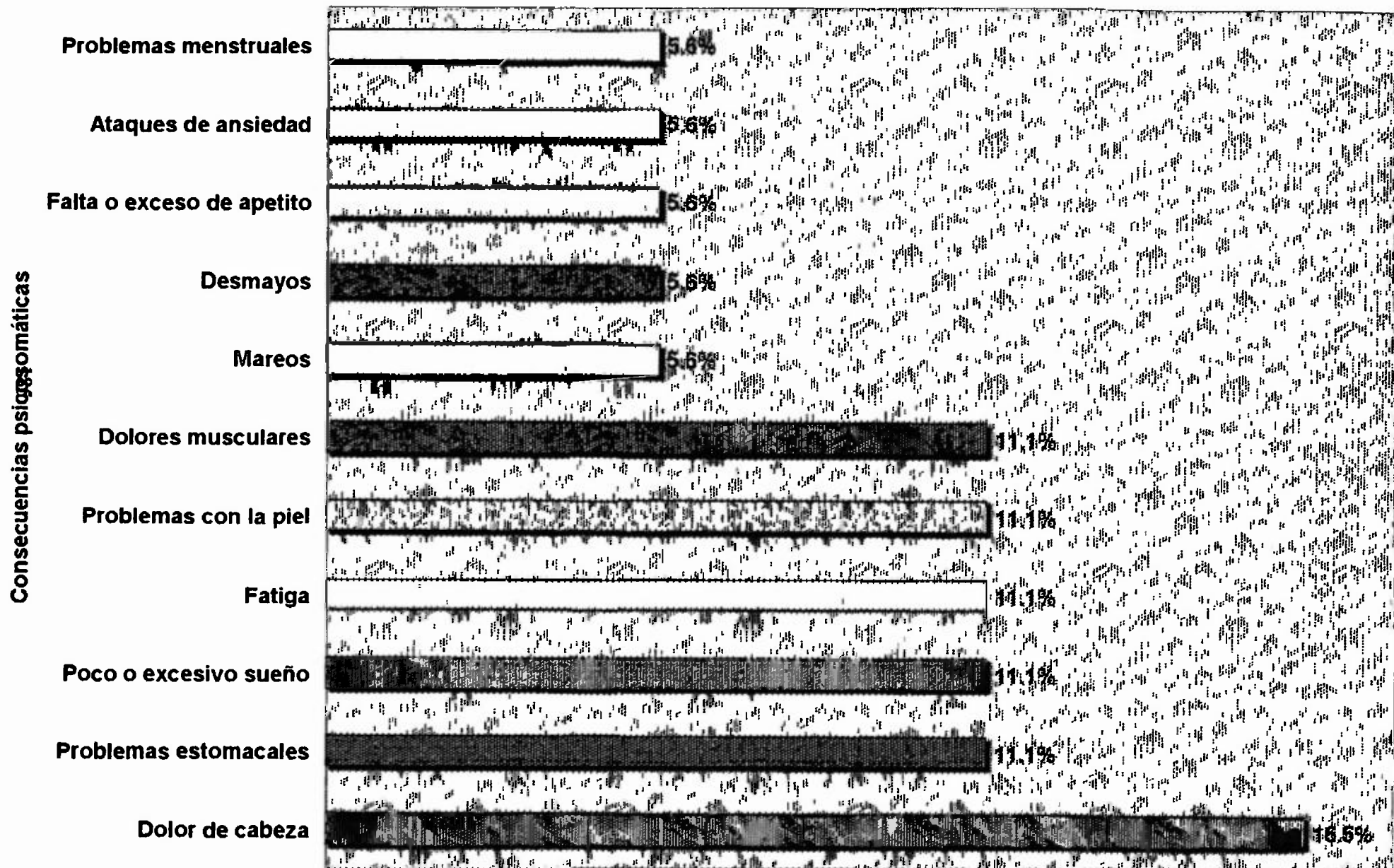
DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS PSICOSOMÁTICAS  
EXPERIMENTADAS POR LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO

CONSECUENCIAS PSICOSOMÁTICAS	F	%
Dolor de cabeza	3	16,5
Problemas estomacales	2	11,1
Poco o excesivo sueño	2	11,1
Fatiga	2	11,1
Problemas con la piel	2	11,1
Dolores musculares	2	11,1
Mareos	1	5,6
Desmayos	1	5,6
Falta o exceso de apetito	1	5,6
Ataques de ansiedad	1	5,6
Problemas menstruales	1	5,6
TOTAL	18	100

El cuadro No 31 indica que, en relación a las consecuencias psicosomáticas experimentadas a raíz del incesto, el 16,5% de la muestra (3 personas) refiere dolores de cabeza, el 11,1% de la muestra (2 personas) refiere, en iguales porcentajes, problemas estomacales, poco o excesivo sueño, fatiga, problemas en la piel y dolores musculares y el 5,6% de la muestra (1 persona) refiere, en iguales porcentajes, mareos, desmayos, falta o excesivo apetito, ataques de ansiedad y problemas menstruales

En los datos anteriores se observa que la mayoría de las sobrevivientes reportan trastornos físicos que pueden relacionarse a los altos niveles de ansiedad que confrontaron a raíz de la experiencia de incesto vivida

**GRAFICO #31 DISTRIBUCION DELAS CONSECUENCIAS PSICOSOMATICAS EXPERIMENTADAS POR LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO**



Fuente: Cuadro #31.

Porcentaje

CUADRO No. 32

**DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS  
EXPERIMENTADAS POR LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO**

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS	F	%
Sentirse no amada	5	5,4
Infelicidad, constante sentimiento de tristeza	5	5,4
Dificultad para tomar decisiones	5	5,4
Sentirse insegura	5	5,4
Sentirse agitada, inquieta	5	5,4
Sentirse sin energía para hacer frente a problemas cotidianos	5	5,4
Sentirse inferior a los demás	4	4,3
Sensación de ser castigada	4	4,3
Sensación de que las cosas están fuera de control	4	4,3
Sensación de tensión	4	4,3
Estar demasiado nerviosa o acelerada	4	4,3
Rechazo a la intimidad	4	4,3
Sentirse sin esperanzas	3	3,3
Sentimientos de culpa por todo lo malo que le sucede	3	3,3
Sentirse inestable	3	3,3
Estar irritable (enojarse fácilmente)	3	3,3
Dificultad para concentrarse en una tarea o trabajo	3	3,3
Sentimientos de no servir para nada	3	3,3
Llorar frecuentemente	3	3,3
Ser pesimista frente al futuro	3	3,3

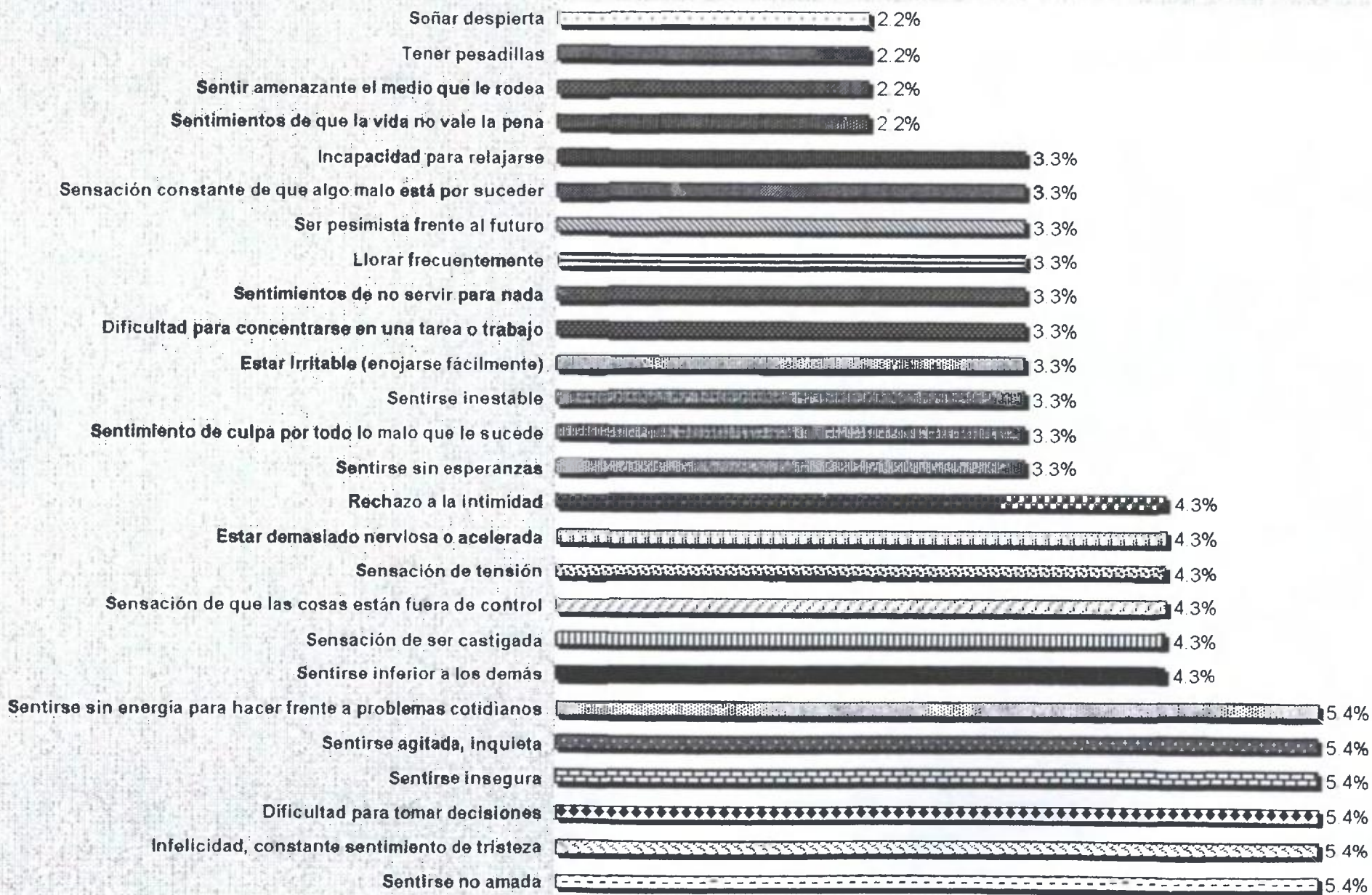
Sensación constante de que algo malo está por suceder	3	3,3
Incapacidad para relajarse	3	3,3
Sentimientos de que la vida no vale la pena	2	2,2
Sentir amenazante el medio que le rodea	2	2,2
Tener pesadillas	2	2,2
Soñar despierta	2	2,2
TOTAL	92	100

El cuadro No 32 indica que, en relación a las consecuencias psicológicas experimentadas a raíz del incesto, el 5,4% de la muestra (5 personas) refiere, en iguales porcentajes, sentimientos de no ser amada, infelicidad, dificultad para tomar decisiones, sentimientos de inseguridad, agitación y falta de energía, el 4,3% de la muestra (4 personas) refiere, en iguales porcentajes, sentimientos de inferioridad, sensación de ser castigada, falta de control, tensión, nerviosismo y rechazo a la intimidad, el 3,3% de la muestra (3 personas) refiere, en iguales porcentajes, desesperanza, sentimientos de culpa, inestabilidad, irritabilidad, dificultad para concentrarse, sentimientos de no servir para nada, llanto frecuente, pesimismo, sensación de peligro e incapacidad para relajarse y el 2,2% de la muestra (2 personas) refiere, en iguales porcentajes, sentimientos de que la vida no vale la pena, percepción del medio como rechazante, pesadillas y tendencia a soñar despierta

En los datos anteriores se observa que la totalidad de las sobrevivientes reportan variadas dificultades psicológicas como consecuencia del incesto, mismas entre las que destacan los sentimientos de inseguridad y el temor a no ser capaces de hacer frente al mundo en que viven

**GRAFICO #32 DISTRIBUCION DE LAS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EXPERIMENTADAS POR LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO**

Consecuencias psicológicas



Fuente: Cuadro #32.

Porcentaje

#### 4. CARACTERÍSTICAS DE LA VIDA ACTUAL DE LAS SOBREVIVIENTES

CUADRO No 33

DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS SOCIALES Y FAMILIARES EXPERIMENTADAS POR LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO

CONSECUENCIAS SOCIALES Y FAMILIARES	F	%
Dificultad para decidir casarse, tener hijos o establecer compromisos a largo plazo	5	15,6
Sentirse rechazada por su pareja	5	15,6
Sentirse rechazada por la familia	4	12,5
Mala relación con la madre	4	12,5
Sentirse rechazada por los amigos	4	12,5
Sentirse incómoda con extraños	4	12,5
Dificultad para hacer amigos	3	9,4
Mala relación con el padre	1	3,1
Dificultad en su rendimiento laboral	1	3,1
Trabajar en exceso	1	3,1
TOTAL	32	100

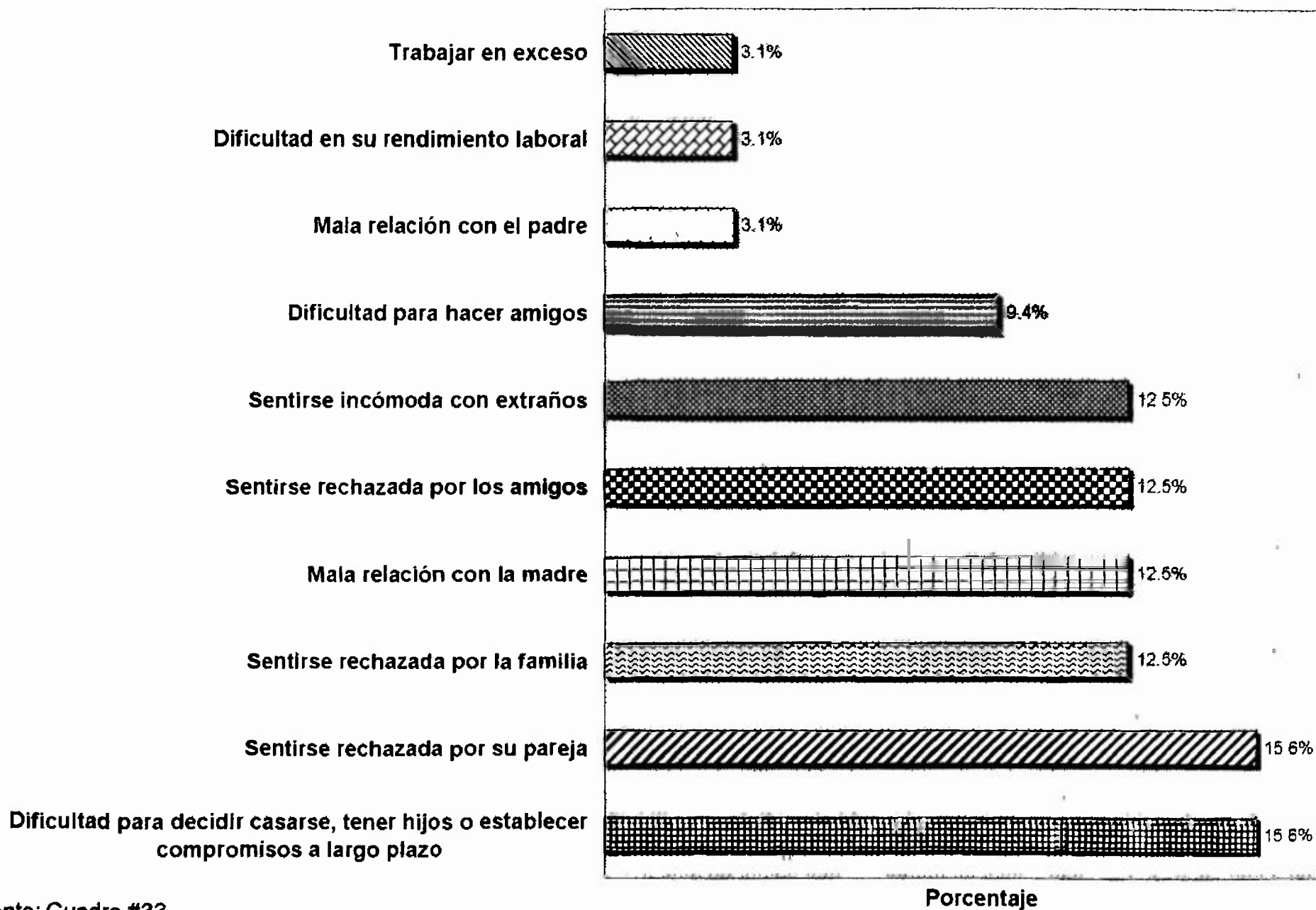
El cuadro No 33 indica que, entre las consecuencias sociales y familiares experimentadas a raíz del incesto, el 15,6% de la muestra (5 personas) refiere, en iguales porcentajes, dificultades para establecer compromisos a largo plazo y sentirse rechazada por su pareja, el 12,5% de la muestra (4 personas) refiere, en iguales porcentajes, sentirse rechazada por la familia, mala relación con la madre, sentirse rechazada por las amistades y sentirse incómoda con los extraños, el 9,4% de la muestra

(3 personas) refiere dificultades para hacer amigos y el 3,1% de la muestra (1 persona) refiere, en iguales porcentajes, mala relación con el padre, dificultades en su rendimiento laboral y la tendencia a trabajar en forma excesiva

En los datos anteriores se observa que la mayoría de las sobrevivientes reporta confrontar dificultades para interactuar con su ambiente familiar, social y laboral predominando la percepción de ser rechazada en todos sus entornos

**GRAFICO #33 DISTRIBUCION DE LAS CONSECUENCIAS SOCIALES Y FAMILIARES EXPERIMENTADAS POR LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO**

Consecuencia social y familiares



Fuente: Cuadro #33.

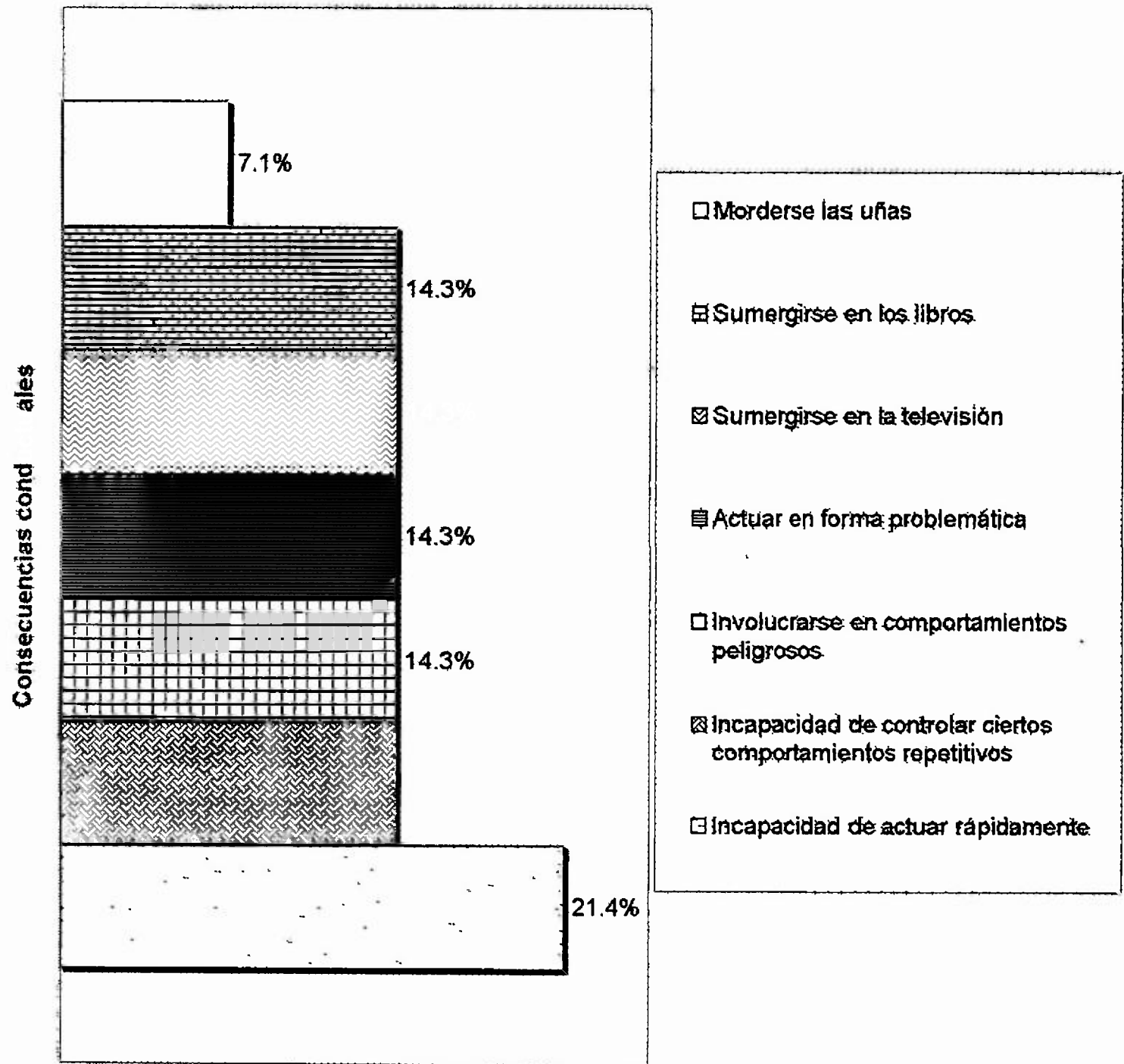
**CUADRO No. 34**  
**DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS CONDUCTUALES**  
**EXPERIMENTADAS POR LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO**

CONSECUENCIAS CONDUCTUALES	F	%
Incapacidad de actuar rápidamente	3	21,4
Incapacidad de controlar cierto comportamientos repetitivos	2	14,3
Involucrarse en comportamientos peligrosos	2	14,3
Actuar de forma problemática	2	14,3
Sumergirse en la televisión	2	14,3
Sumergirse en los libros	2	14,3
Morderse las uñas	1	7,1
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

El cuadro No 34 indica que, entre las consecuencias conductuales experimentadas a raíz del incesto, el 21,4% de la muestra (3 personas) refiere incapacidad para actuar rápidamente, el 14,3% de la muestra (2 personas) refiere, en iguales porcentajes, incapacidad de controlar comportamientos repetitivos, involucrarse en comportamientos peligrosos, actuar de forma problemática, sumergirse en la televisión y los libros, y el 7,1% de la muestra (1 persona) refiere el morderse las uñas

En los datos anteriores se observa que la mayoría de las sobrevivientes reportan dificultades para controlar aspectos de su conducta que consideran problemáticos en diferentes grados de intensidad, enfocando su inquietud en la incapacidad de acceder a conductas que les permitan garantizar su integridad física y emocional

**GRAFICO #34 DISTRIBUCION DE LAS CONSECUENCIAS CONDUCTUALES EXPERIMENTADAS POR LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO**



Fuente: Cuadro 34.

CUADRO No 35

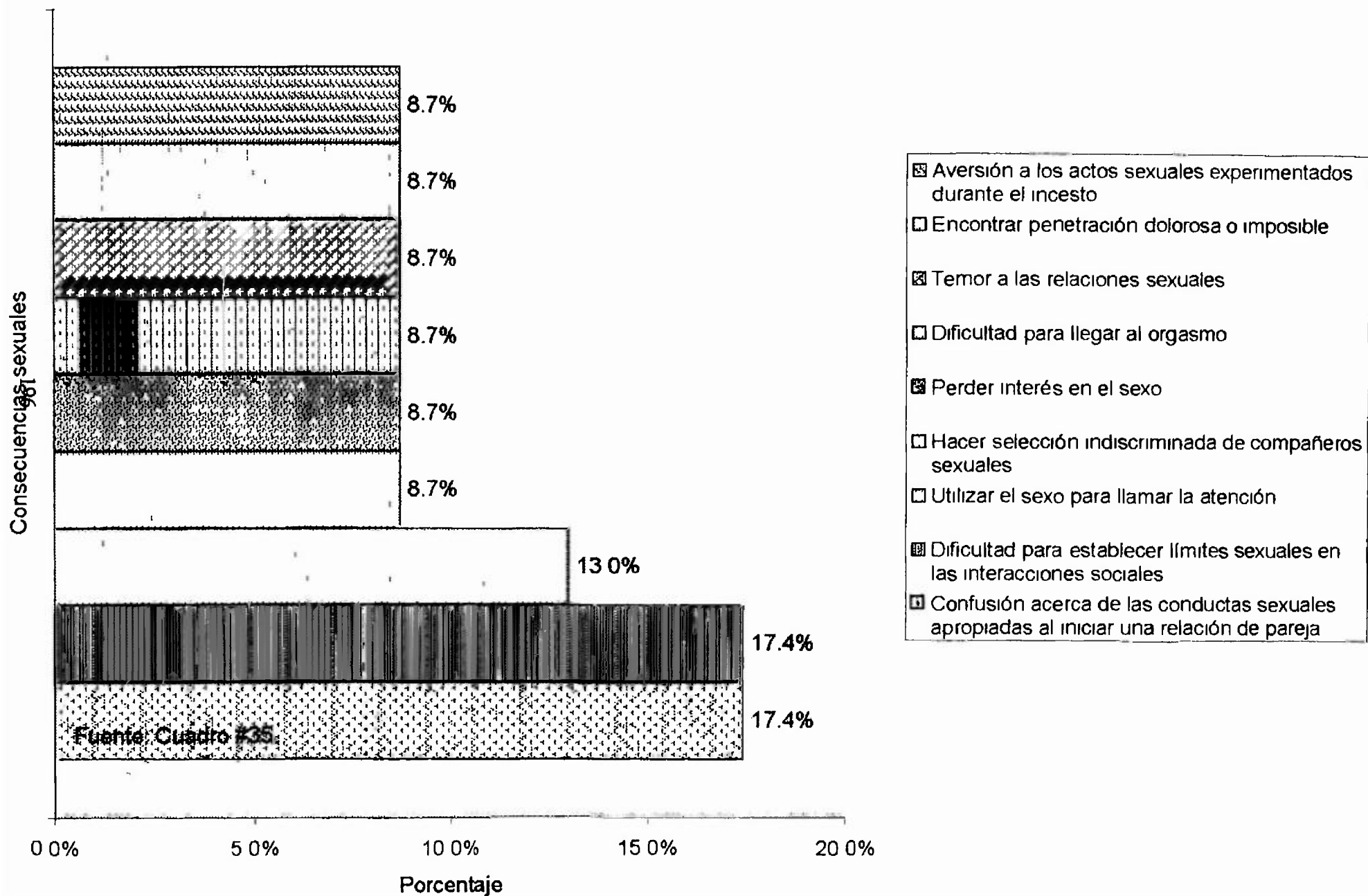
DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS SEXUALES EXPERIMENTADAS  
POR LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO

CONSECUENCIAS SEXUALES	F	%
Confusión acerca de las conductas sexuales apropiadas al iniciar una relación de pareja	4	17,4
Dificultad para establecer límites sexuales en las interacciones sociales	4	17,4
Utilizar el sexo para llamar la atención	3	13,0
Hacer selección indiscriminada de compañeros sexuales	2	8,7
Perder interés en el sexo	2	8,7
Dificultad para llegar al orgasmo	2	8,7
Temor a las relaciones sexuales	2	8,7
Encontrar penetración dolorosa o imposible	2	8,7
Aversión a los actos sexuales experimentados durante el incesto	2	8,7
TOTAL	23	100

El cuadro No 35 indica que, entre las consecuencias sexuales experimentadas a raíz del incesto, el 17,4% de la muestra (4 personas) refiere, en iguales porcentajes, confusión en las conductas sexuales apropiadas en las relaciones de pareja y en las interacciones sociales, el 13,0% de la muestra (3 personas) refiere la utilización del sexo para llamar la atención y el 8,7% de la muestra (2 personas) refiere, en iguales porcentajes, la selección indiscriminada de compañeros sexuales, falta de interés en el sexo, dificultad para lograr el orgasmo, el temor a las relaciones sexuales, coito doloroso y la aversión a las actividades sexuales experimentadas durante el abuso

En los datos anteriores se observa que la mayoría de las sobrevivientes de incesto se encuentran confusas en relación a las conductas que son apropiadas dentro del desempeño sexual, al mismo tiempo que un porcentaje significativo confronta dificultades para disfrutar las relaciones sexuales

**GRAFICO #35 DISTRIBUCION DE LAS CONSECUENCIAS SEXUALES EXPERIMENTADAS POR LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO**



CUADRO No 36

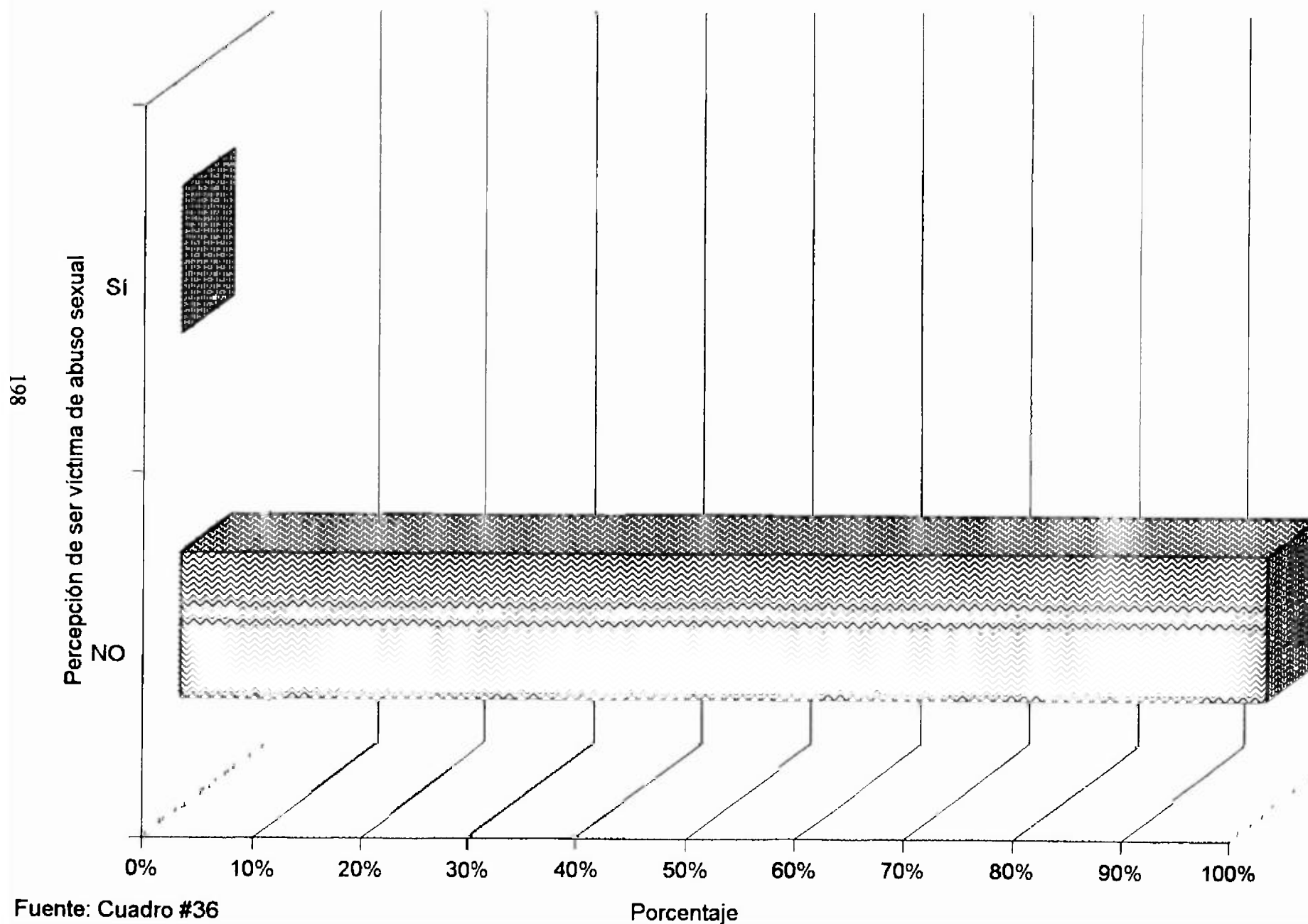
DISTRIBUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LAS SOBREVIVIENTES DE SER VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL EN SU VIDA ACTUAL

PERCEPCIÓN DE SER VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL	F	%
No	5	100
Sí	0	0
TOTAL	5	100

El cuadro No 36 indica que el 100% de la muestra (5 personas) refiere no ser víctimas de abuso sexual en su vida adulta

A pesar de estos hallazgos, cabe señalar que una de las sobrevivientes reporta percibir las aproximaciones de su esposo como bruscas, además de señalar que, en varias ocasiones, le solicita practicar actividades sexuales que le son desagradables

**GRAFICO #36 DISTRIBUCION DE LAS SOBREVIVIENTES DE SER VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL EN SU VIDA ACTUAL**



Fuente: Cuadro #36

CUADRO No 37

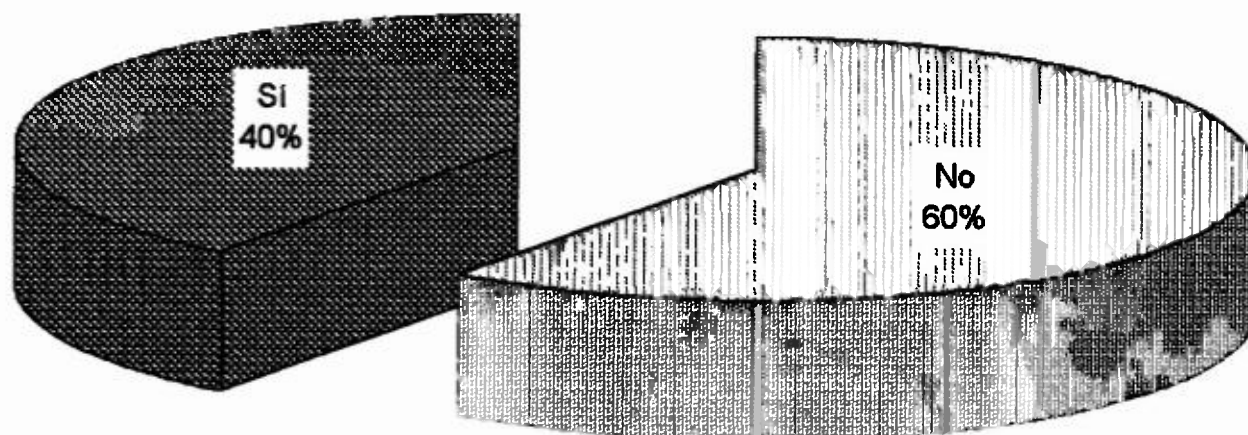
DISTRIBUCIÓN DE PENSAMIENTOS SUICIDAS EN LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO

EXISTENCIA DE PENSAMIENTOS SUICIDAS	F	%
No	3	60
Sí	2	40
TOTAL	5	100

El cuadro No 37 indica que el 60% de la muestra (3 personas) refiere no tener pensamientos suicidas al momento de la entrevista, mientras que el 40% de la muestra (2 personas) refiere sí tenerlos

En los datos anteriores se observa que la mayoría de las sobrevivientes no tiene pensamientos suicidas al momento de la entrevista.

**GRAFICO #37 DISTRIBUCION DE PENSAMIENTOS SUICIDAS  
EN LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO**



Fuente: Cuadro #37.

CUADRO No 38

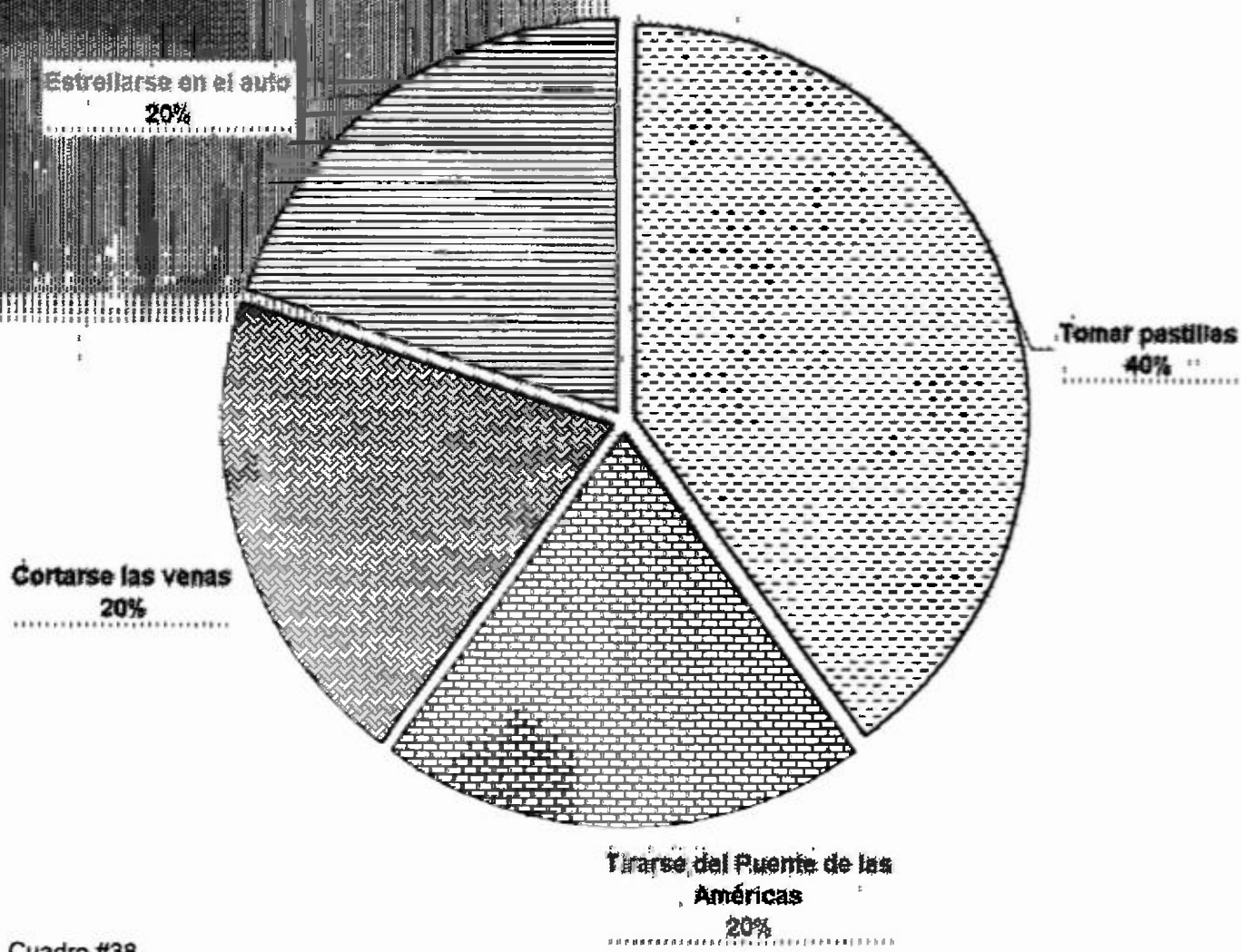
DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉTODOS PARA SUICIDARSE CONTEMPLADOS  
POR LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO

MÉTODOS	F	%
Tomar pastillas	2	40
Tirarse del Puente de las Américas	1	20
Cortarse las venas	1	20
Estrellarse en un carro	1	20
TOTAL	5	100

El cuadro No 38 indica que, en relación a los métodos para suicidarse contemplados por las sobrevivientes, el 40% de la muestra (2 personas) refiere el tomar pastillas y el 20% de la muestra (1 persona), en iguales porcentajes, el tirarse del Puente de las Américas, cortarse las venas y estrellarse en un carro

En los datos anteriores se observa que las sobrevivientes de incesto que admitían tener pensamientos suicidas contemplaban fantasías que abarcaban métodos pasivos y con poco daño corporal tanto como otros de mayor involucramiento y destrucción física

**GRÁFICO #38 DISTRIBUCION DE LOS METODOS PARA SUICIDARSE  
CONTEMPLADOS POR LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO**



CUADRO No 39

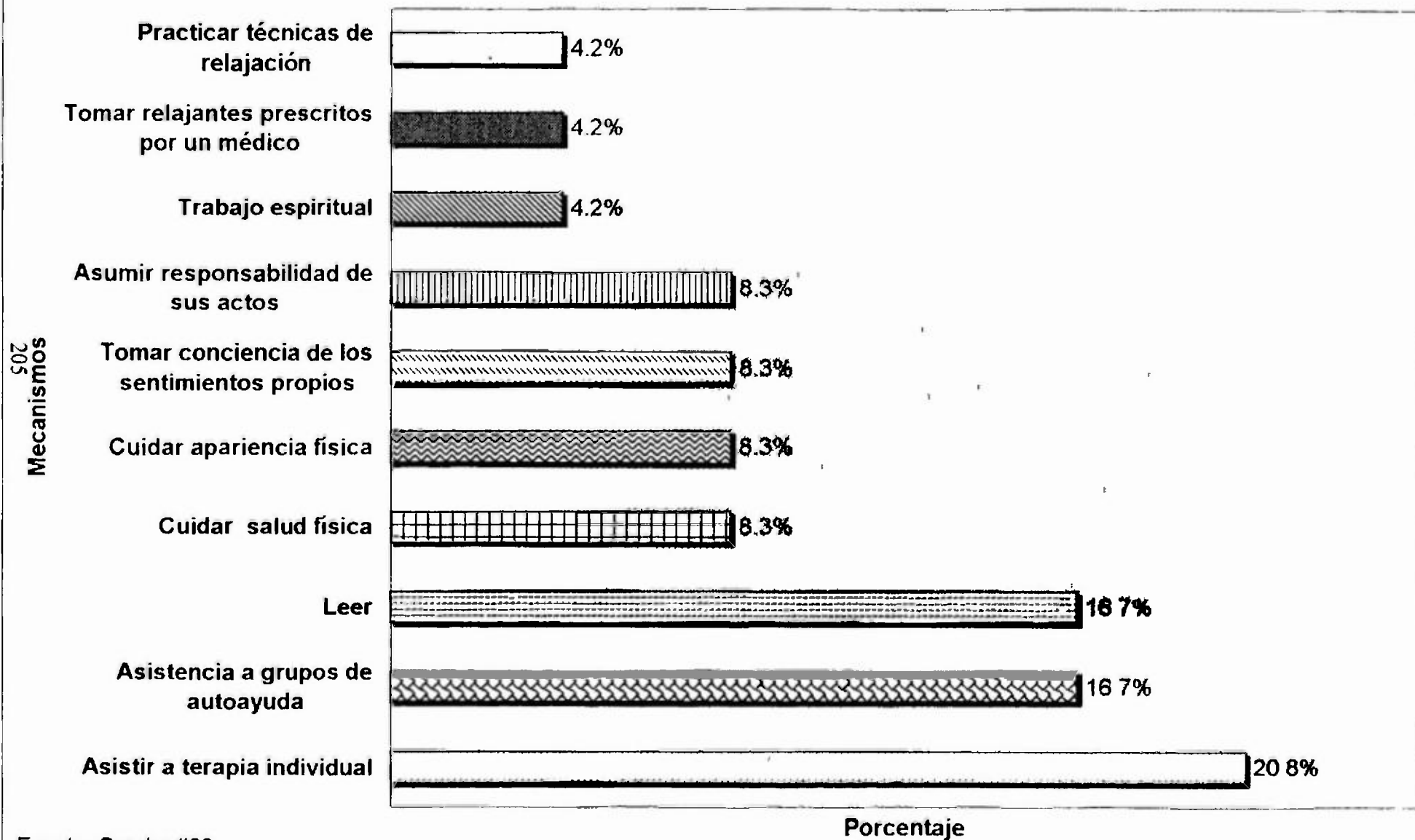
**DISTRIBUCIÓN DE LOS MECANISMOS UTILIZADOS POR LAS  
SOBREVIVIENTES PARA SUPERAR LA EXPERIENCIA DEL INCESTO**

MECANISMOS	F	%
Asistir a Terapia Individual	5	20,8
Asistencia a Grupos de Autoayuda	4	16,7
Leer	4	16,7
Cuidar salud física	2	8,3
Cuidar apariencia física	2	8,3
Tomar conciencia de los sentimientos propios	2	8,3
Asumir responsabilidad de sus actos	2	8,3
Trabajo espiritual	1	4,2
Tomar relajantes prescritos por un médico	1	4,2
Practicar técnicas de relajación	1	4,2
TOTAL	24	100

El cuadro No 39 indica que, en relación a los mecanismos utilizados por las sobrevivientes para superar la experiencia del incesto, el 20,8% de la muestra (5 casos) refiere el haber acudido a terapia individual, el 16,7% de la muestra (4 personas) refiere, en iguales porcentajes, la asistencia a grupos de autoayuda y la lectura, el 8,3% de la muestra (2 personas) refiere, en iguales porcentajes, cuidar su salud y apariencia física, tomar mayor conciencia de sus sentimientos y el asumir mayor responsabilidad de sus actos y el 4,2% de la muestra (1 persona) refiere, en iguales porcentajes, haber dedicado tiempo al trabajo espiritual, ingesta de relajantes prescritos por un médico y practicar técnicas de relajación

En los datos anteriores se observa que la totalidad de las sobrevivientes reportan el acudir a terapia individual y grupal, durante su vida adulta, como los principales mecanismos utilizados para superar la experiencia del incesto

**GRAFICO #39 DISTRIBUCION DE LOS MECANISMOS UTILIZADOS POR LAS SOBREVIVIENTES PARA SUPERAR LA EXPERIENCIA DEL INCESTO**



Fuente Cuadro #39

CUADRO No 40

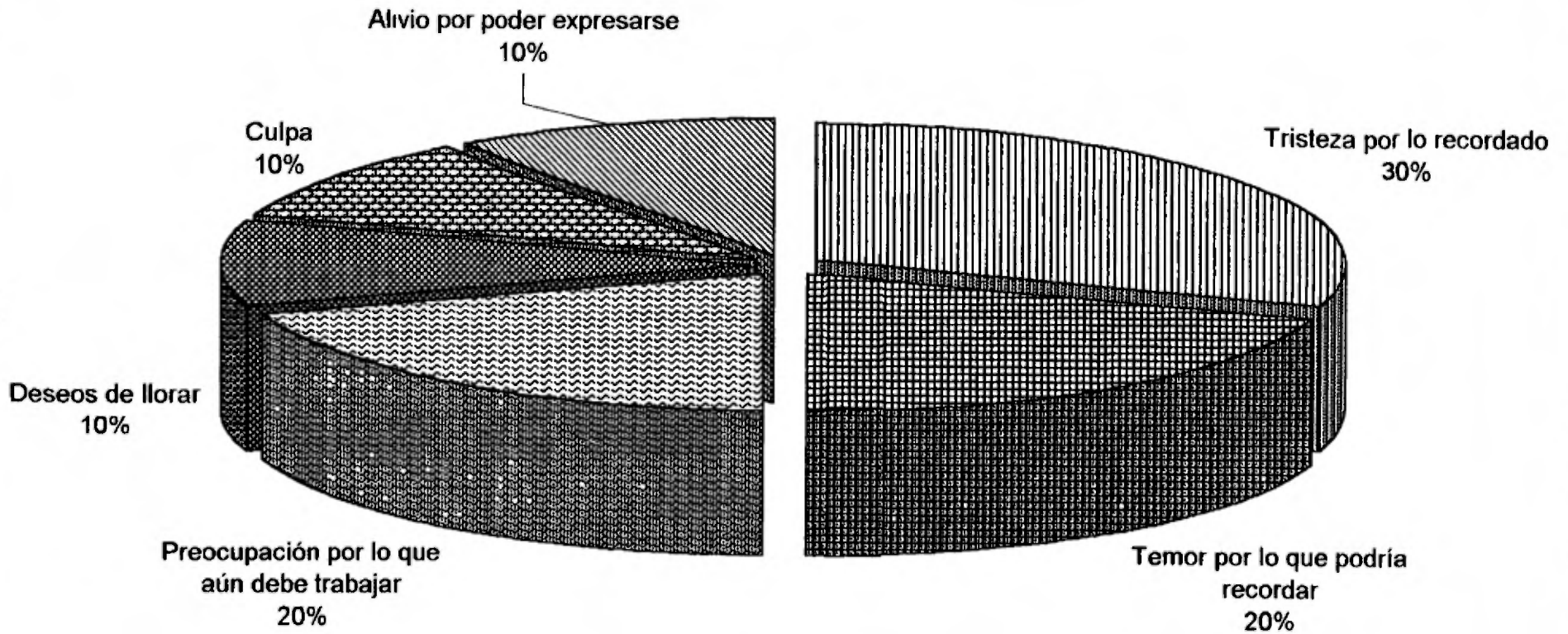
DISTRIBUCIÓN DE LOS SENTIMIENTOS EXPERIMENTADOS AL HABLAR DEL INCESTO DURANTE LA ENTREVISTA INICIAL

SENTIMIENTOS	F	%
Tristeza por lo recordado	3	30
Temor por lo que podría recordar	2	20
Preocupación por lo que aún debe trabajar	2	20
Deseos de llorar	1	10
Culpa	1	10
Alivio por poder expresarse	1	10
TOTAL	10	100

El cuadro No 40 indica que, en relación a los sentimientos experimentados al hablar del incesto, el 30% de la muestra (3 personas) refiere tristeza por lo recordado, el 20% de la muestra (2 personas) refiere, en iguales porcentajes, temor por lo que podría recordar y preocupación por lo que aún debe trabajar y el 10% de la muestra (1 persona) refiere, en iguales porcentajes, deseos de llorar, sentimientos de culpa y alivio por poder expresarse

En los datos anteriores se observa que la mayoría de las sobrevivientes reportan tristeza y temor ante los recuerdos presentes y los que podrían activarse al incorporarse a la intervención grupal

GRAFICO #40 DISTRIBUCION DE LOS SENTIMIENTOS EXPERIMENTADOS AL HABLAR DEL INCESTO DURANTE LA ENTREVISTA INICIAL



CUADRO No 41

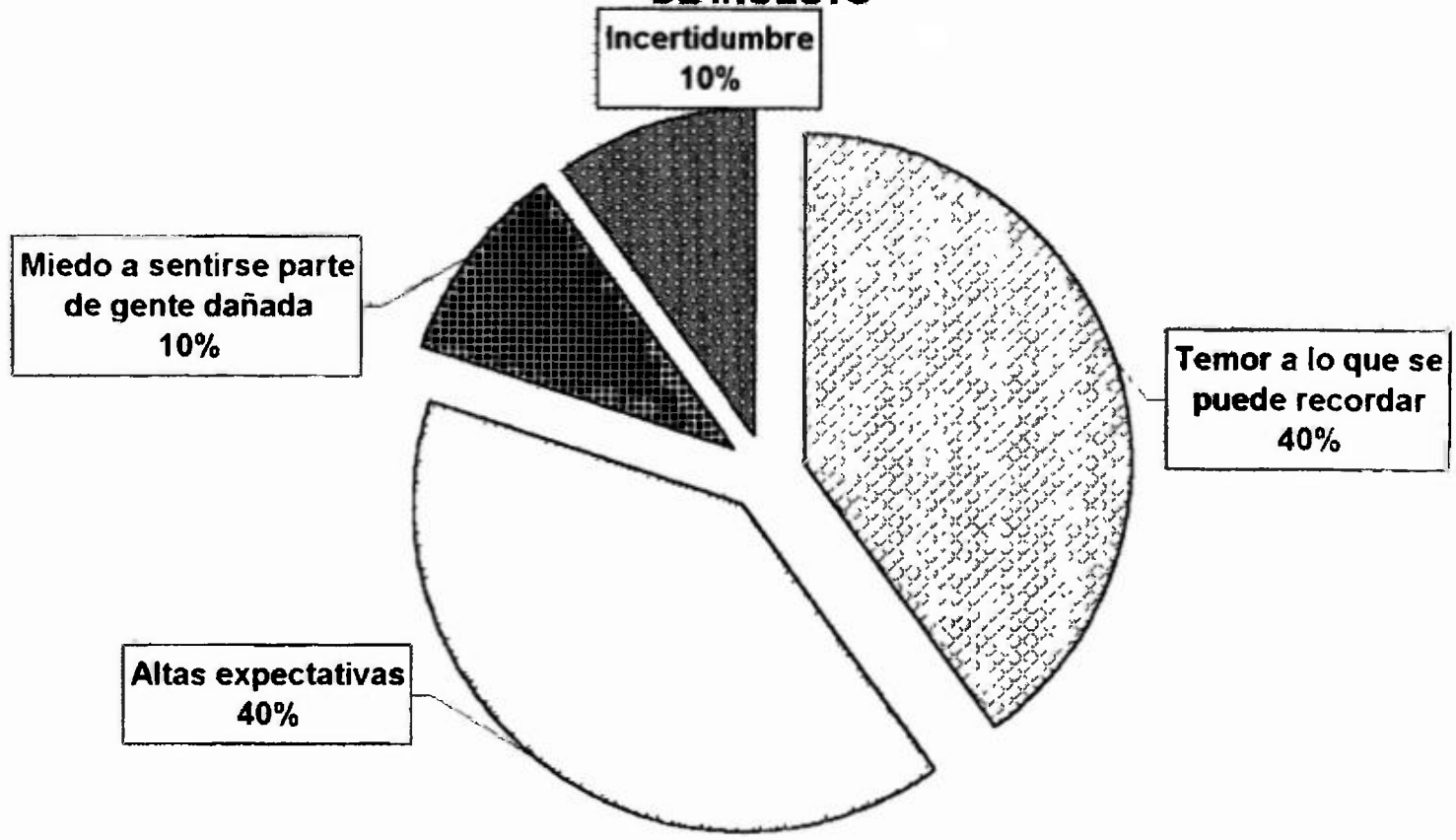
**DISTRIBUCIÓN DE LOS SENTIMIENTOS EXPERIMENTADOS ANTE LA  
FUTURA INCORPORACIÓN AL GRUPO DE APOYO PARA SOBREVIVIENTES  
DE INCESTO**

SENTIMIENTOS	F	%
Temor a lo que se puede recordar	4	40
Altas expectativas	4	40
Miedo a sentirse parte de gente dañada	1	10
Incertidumbre	1	10
TOTAL	10	100

El cuadro No 41 indica que, en relación a los sentimientos experimentados ante la futura incorporación a la intervención grupal, el 40% de la muestra (4 personas) refiere, en iguales porcentajes, temor a lo que podría recordar y altas expectativas ante el trabajo grupal, mientras que el 10% de la muestra (1 persona) refiere, en iguales porcentajes, miedo a sentirse parte de gente dañada e incertidumbre

En los datos anteriores se observa que las sobrevivientes reportan, por igual, temores ante las consecuencias de recordar e inquietud respecto a lo que pueden lograr a través de la intervención grupal

**GRAFICO #41 DISTRIBUCION DE LOS SENTIMIENTOS EXPERIMENTADOS ANTE LA FUTURA INCORPORACION AL GRUPO DE APOYO PARA SOBREVIVIENTES DE INCESTO**



Fuente: Cuadro #41

CUADRO No 42

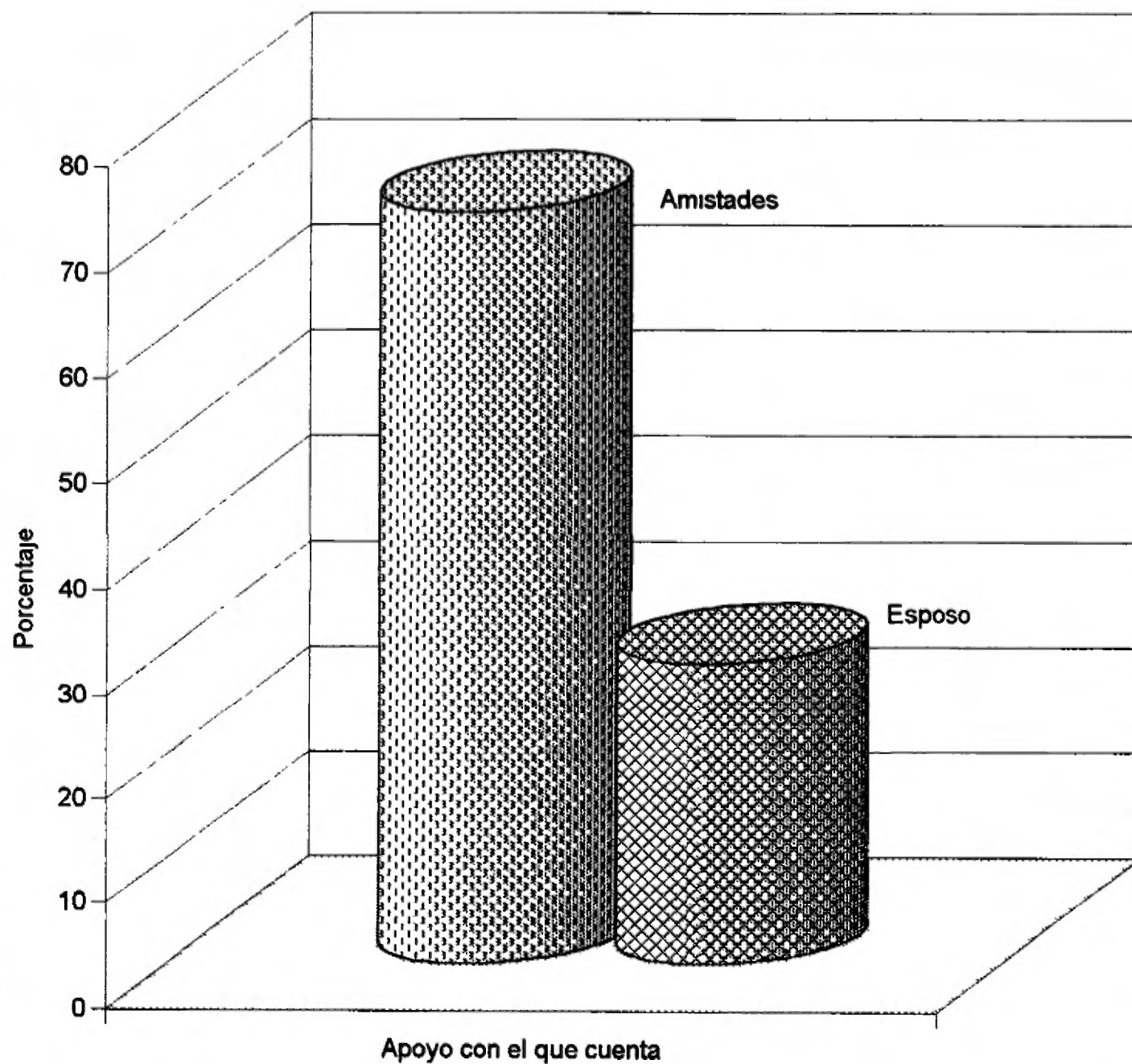
DISTRIBUCIÓN DEL APOYO CON EL QUE CUENTAN LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO PARA INCORPORARSE A LA INTERVENCIÓN GRUPAL

APOYO CON EL QUE CUENTA	F	%
AMISTADES	5	71,4
ESPOSO	2	28,6
TOTAL	7	100

El cuadro No 42 indica que el 71,4% de la muestra (5 personas) refiere contar con apoyo de amistades para incorporarse a la intervención grupal, mientras que el 28,6% (2 personas) refiere contar con el apoyo de su esposo

En los datos anteriores se observa que la totalidad de las sobrevivientes reportan contar con algún tipo de apoyo externo para incorporarse al grupo terapéutico, el cual, en la mayoría de los casos, se corresponde a amistades

**GRAFICO #42 DISTRIBUCION DEL APOYO CON EL QUE CUENTAN LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO PARA INCORPORARSE A LA INTERVENCION GRUPAL**



Fuente: Cuadro #42.

CUADRO No 43

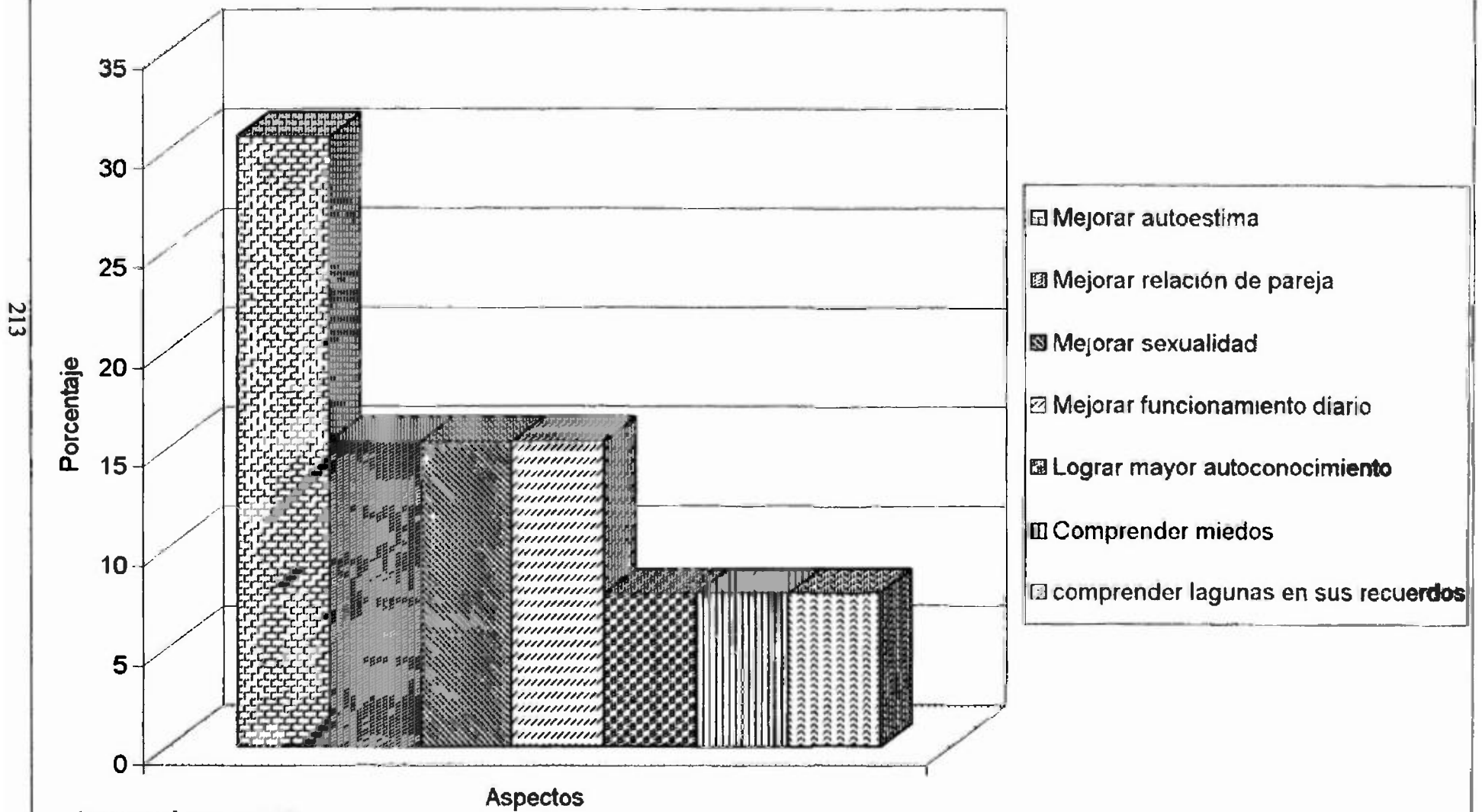
**DISTRIBUCIÓN DE LOS ASPECTOS ACTUALES QUE LAS SOBREVIVIENTES  
ESPERAN MEJORAR CON LA INCORPORACIÓN AL GRUPO**

ASPECTOS	F	%
Mejorar autoestima	4	30,7
Mejorar relación de pareja	2	15,4
Mejorar sexualidad	2	15,4
Mejorar funcionamiento diario	2	15,4
Lograr mayor autoconocimiento	1	7,7
Comprender miedos	1	7,7
Comprender lagunas en sus recuerdos	1	7,7
TOTAL	13	100

El cuadro No 43 indica que el 30,7% de la muestra (4 personas) refiere que, a través de la incorporación a la intervención grupal, esperan mejorar su autoestima, el 15,4% de la muestra (2 personas) refiere, en iguales porcentajes, que espera lograr mejoras en su relación de pareja, sexualidad y funcionamiento diario y el 7,7% de la muestra (1 persona) refiere, en iguales porcentajes, que espera lograr mayor autoconocimiento y comprender sus miedos y las lagunas en sus recuerdos

En los datos anteriores se observa que lograr mayor autoconocimiento y autovaloración tanto como mejorar el desempeño en diferentes esferas de la interacción social son reportados, prácticamente en iguales porcentajes, como los cambios que esperan lograr las sobrevivientes, al incorporarse a la intervención grupal

**GRAFICO #43 DISTRIBUCION DE LOS ASPECTOS ACTUALES QUE LAS SOBREVIVIENTES ESPERAN MEJORAR CON LA INCORPORACION AL GRUPO**



Fuente: Cuadro #43.

## B. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS

CUADRO No 44

CUADRO DESCRIPTIVO COMPARATIVO DE LA DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES DE PERSONALIDAD DE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO, DE ACUERDO AL TEST 16 FP DE CATELL

FACTOR	BAJA PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN PROMEDIO	ALTA PUNTUACIÓN
A	3	2	
B		5	
C	5		
E	1	4	
F	5		
G	2	3	
H	4	1	
I	1	4	
L	1	4	
M	5		
N	5		
O		5	
Q1	1	4	
Q2	2	3	
Q3	4	1	
Q4	5		
Extraversión	3	2	
Ansiedad		5	
Tenacidad	3	2	
Independencia	3	2	

El cuadro No 44 refleja la distribución de los factores de personalidad de las sobrevivientes de incesto de acuerdo al Test 16 FP de Catell, observándose que destaca un perfil común que tiende hacia el polo negativo (bajas puntuaciones) y que, en ninguno de los casos, se obtuvo puntuaciones correspondientes al polo positivo Del

mismo modo, se observa que las sobrevivientes presentan como localizaciones distintivas comunes, dentro del polo negativo, los factores C, F, M, N y Q4, mientras que comparten, dentro de la puntuación promedio, los factores B, O y el factor secundario Ansiedad

De la interpretación de estos resultados se desprende, entre los rasgos de personalidad comunes en las sobrevivientes, características tales como

- Sus infancias transcurrieron en hogares con normas estrictas y en los que experimentaron considerable tensión como resultado de haber estado expuestas a condiciones desfavorables que les hicieron sentirse forzadas a una adaptación demasiado adelantada a su edad
- Suelen provenir de familias en las cuales no lograron identificarse con modelos adecuados de conducta, debido a la ausencia de potenciales modelos o porque los existentes no eran lo suficientemente atractivos para quererlos imitar, razón por la que se les dificulta lograr una identidad definida para guiar su conducta.
- Con una capacidad intelectual normal, aunque frecuentemente limitada por sus dificultades emocionales, suelen centrarse en los hechos concretos y prácticos inmediatos, guiadas por realidades objetivas y evitando las reflexiones a largo plazo, abordaje en el que, ocasionalmente, adoptan cualidades obsesivo-compulsivas
- Como resultado de su desarrollo social detenido suelen presentarse como personas inmaduras cuyo infantilismo prevalece sobre sus conciencias, expectativas y puntos de vista en general, de forma que es frecuente que se sientan incómodas en las interacciones personales y exhiban conductas regresivas y neuróticas
- Con dificultades para organizar la información proveniente de sus entornos sociales en marcos de referencia significativos, se debaten entre actitudes de alerta al ambiente, con una alta sensibilidad a las amenazas, y actitudes de ingenuidad social que las vuelve

particularmente vulnerables a la explotación. No obstante, cabe señalar que estas actitudes pueden ser atenuadas por su capacidad cognoscitiva.

- A pesar de tener controles deficientes del yo y del superyó, que las pueden llevar a seguir sus propios impulsos y a carecer de autocontrol, poseen la capacidad de ser precavidas, toda vez que no se desentienden de sus ambientes inmediatos y detectan rápidamente las señales de peligro

- Si bien se muestran poco interesadas en mantener autoconceptos aprobados por su entorno, tienden a ser víctimas silenciosas de sus restricciones autoimpuestas, de forma que su adaptación social se basa en la evitación, las gratificaciones substitutas y los abandonos personales, condiciones en las cuales frecuentemente sus potenciales y logros pasan desapercibidos

- Evidencian actitudes emocionales hacia sí mismas que pueden tener sus orígenes en etapas tempranas de su crecimiento, de forma que tienden a ser cuidadosas, preocupadas, reflexivas, dependientes, inseguras, reprimidas, difíciles, críticas, poco comunicativas y propensas hacia los sentimientos de culpa y vergüenza

- Con una inclinación hacia la ansiedad caracterológica, son personas bastantes desdichadas e insatisfechas que tienden a manifestar un patrón fijo y progresivo de mala adaptación a sus ambientes a lo largo de sus vidas

- Aunque son capaces de identificar sus necesidades, su forma de pensamiento rígido les hace difícil generar una gama suficiente de alternativas potenciales para satisfacerlas, situación que suele inclinarlas hacia la depresión tanto como a tener momentos de conductas inesperadas cuando aumentan las presiones internas, siendo el suicidio una posibilidad que debe ser evaluada con cuidado

- A pesar de mantener un punto de vista precavido y pesimista frente a los problemas, son capaces de buscar tratamiento ante las dificultades que enfrentan y de experimentar

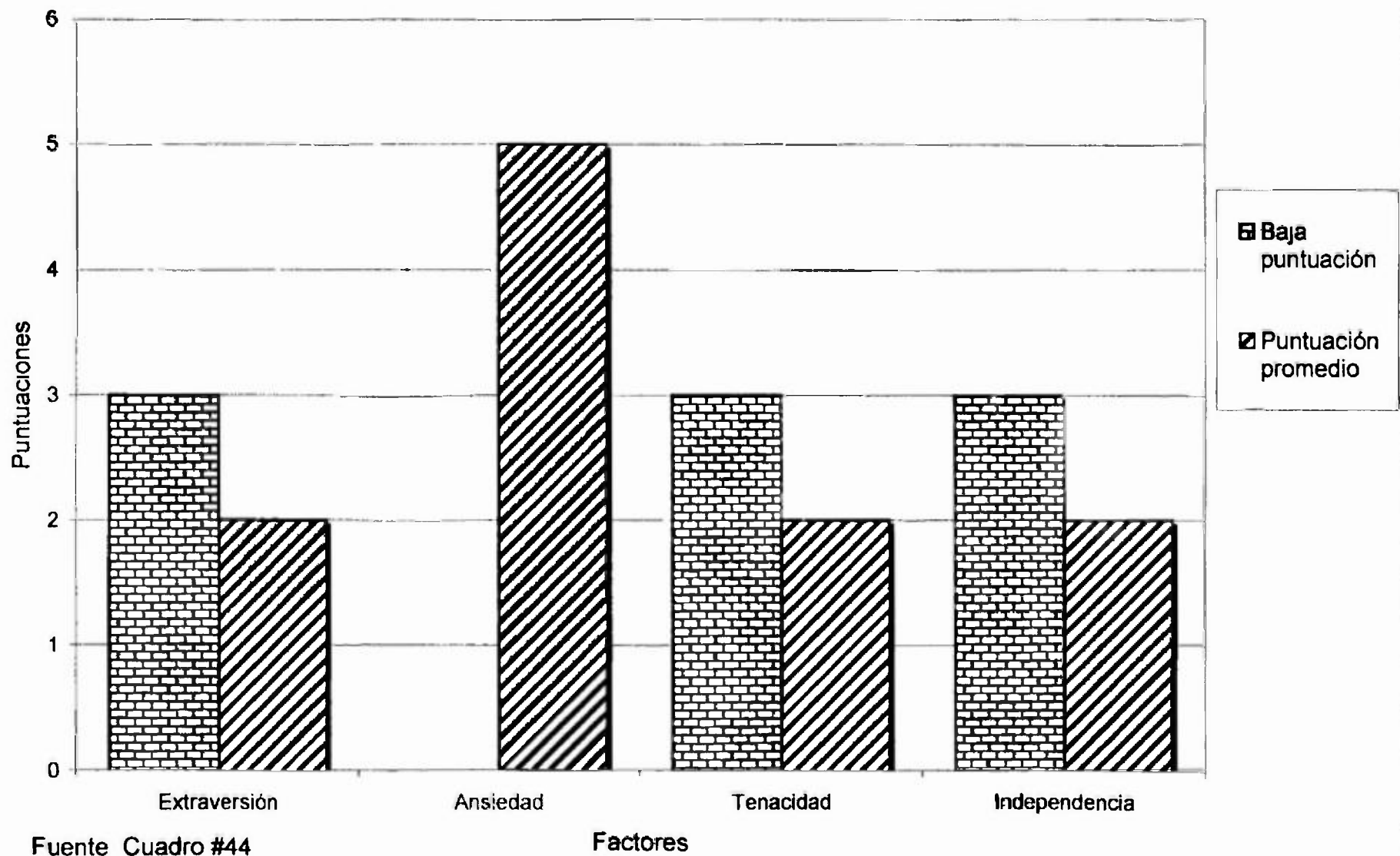
alivio por medio de la orientación clínica, medida con la que disminuyen tanto su ansiedad social como los temores inapropiados, lo que les puede permitir llevar vidas menos limitadas

- Si bien poseen capacidades intelectuales que les permiten beneficiarse del insight en la terapia, se debe proceder con precaución al dismantelar sus defensas, recordando el proceso que las creó, de forma que su eliminación puede requerir aún la confrontación con verdades dolorosas

- Al crear la alianza terapéutica suelen responder mejor a un tratamiento más empático e imaginativo que les permita aceptar sus sentimientos y desarrollar su comprensión intuitiva que a uno basado en soluciones prácticas que tengan sentido

En los datos anteriores se observa que la totalidad de las sobrevivientes tienden a presentar una percepción inmadura y distorsionada de su entorno, situación que puede tener su origen en la historia traumática vivida y que limita su capacidad para autovalorarse adecuadamente e interactuar socialmente de forma funcional

**GRAFICO #44 DISTRIBUCION DE LOS FACTORES SECUNDARIOS DE PERSONALIDAD DE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO, DE ACUERDO AL TEST 16 FACTORES DE PERSONALIDAD DE CATELL**



CUADRO No 45

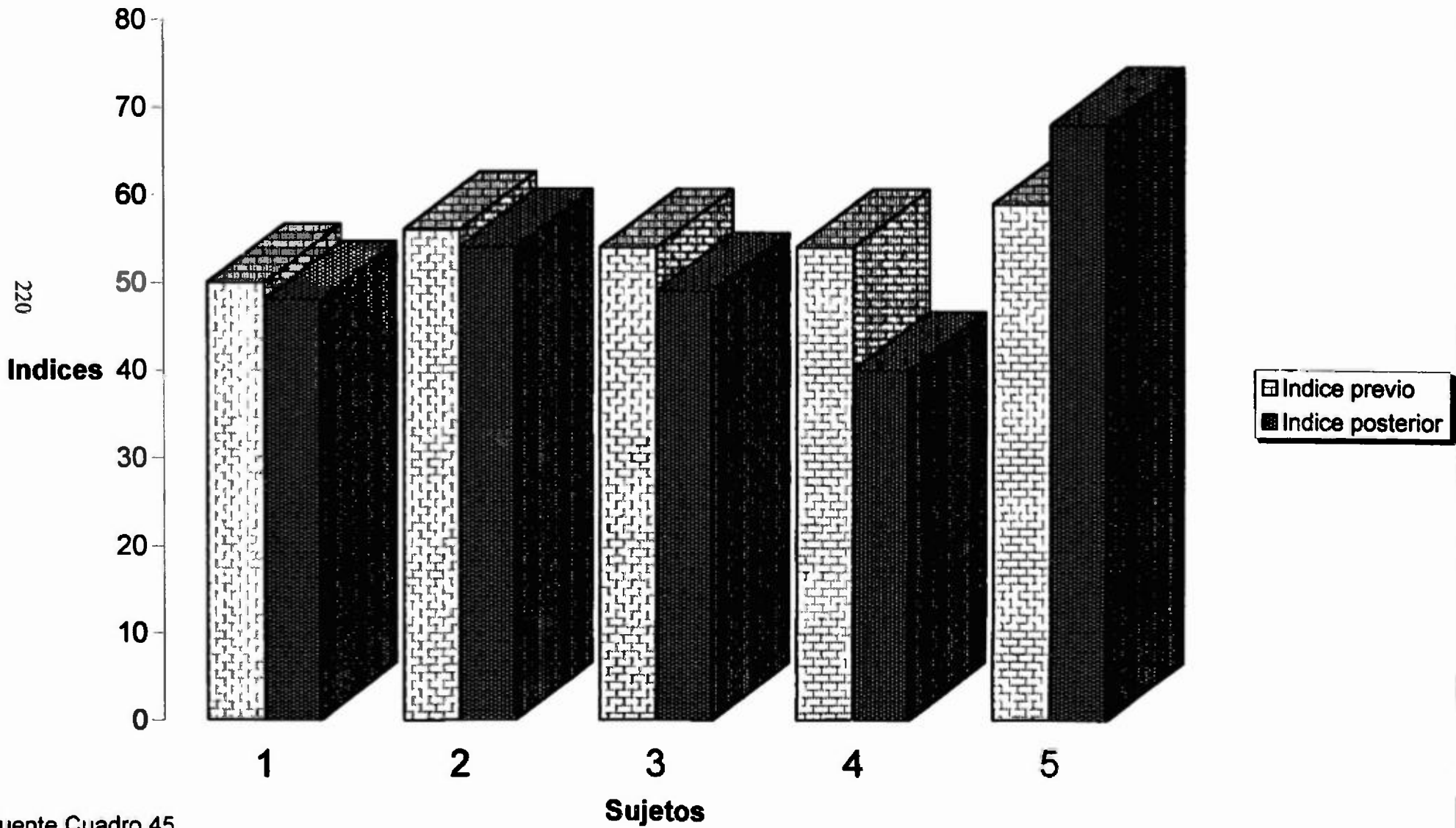
CUADRO DESCRIPTIVO COMPARATIVO DE LOS ÍNDICES DE DEPRESIÓN PREVIOS Y POSTERIORES A LA INTERVENCIÓN GRUPAL CON LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO, DE ACUERDO AL TEST DE ZUNG

SUJETO	AUSENCIA DE DEPRESIÓN	DEPRESIÓN MÍNIMA A LEVE	DEPRESIÓN MODERADA A MARCADA	DEPRESIÓN SEVERA A EXTREMA
1	48 (post)	50 (pre)		
2		54 (post) 56 (pre)		
3	49 (post)	54 (pre)		
4	40 (post)	54 (pre)		
5		59 (pre)	68 (post)	

El cuadro No 45 refleja la distribución de los índices de depresión obtenidos de forma previa y posterior a la intervención grupal, resultados en los que se observa que las cinco sobrevivientes de incesto revelaron, de forma previa a la intervención grupal, niveles de depresión mínima, mientras que, de forma posterior, tres sobrevivientes revelaron ausencia de depresión, una sobreviviente reveló depresión mínima y otra sobreviviente reveló depresión moderada

En los datos anteriores se observa que la mayoría de las sobrevivientes de incesto (sujetos 1,3 y 4) presentó una disminución cuantitativa en sus niveles de depresión de forma posterior a la intervención grupal, hallazgo que también fue cierto para la sujeto 2 quien se mantuvo dentro del rango de la depresión mínima. No obstante, una de las sobrevivientes (sujeto 5) presentó un incremento significativo en su nivel de depresión

**Gráfico 45 DISTRIBUCION DE LOS INDICES DE DEPRESION PREVIOS Y POSTERIORES A LA INTERVENCION GRUPAL CON LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO, DE ACUERDO AL TEST DE ZUNG**



Fuente Cuadro 45

CUADRO No 46

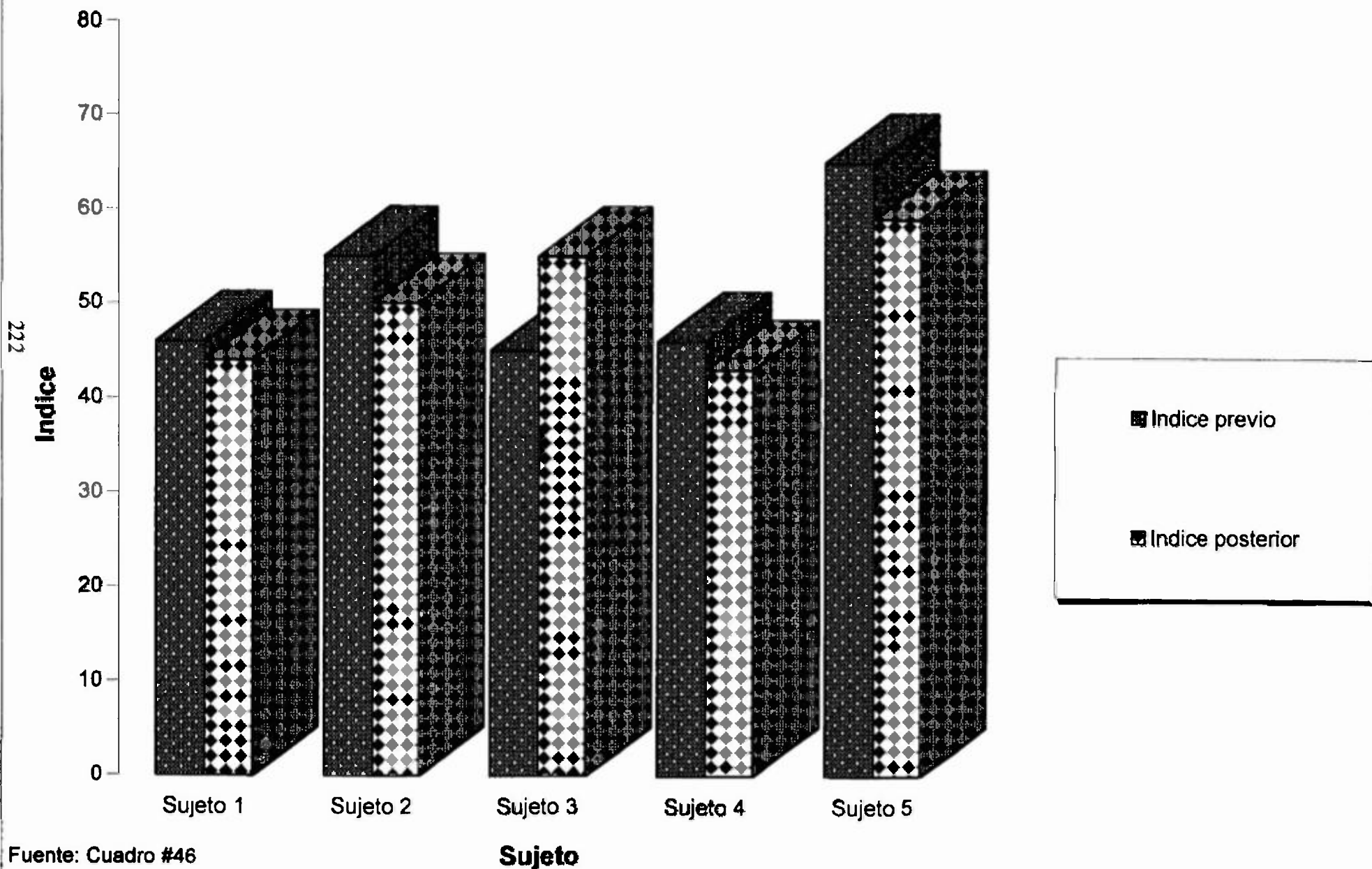
CUADRO DESCRIPTIVO COMPARATIVO DE LOS ÍNDICES DE ANSIEDAD PREVIOS Y POSTERIORES A LA INTERVENCIÓN GRUPAL CON LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO, DE ACUERDO AL TEST DE ZUNG

SUJETO	AUSENCIA DE ANSIEDAD	ANSIEDAD MÍNIMA A MODERADA	ANSIEDAD MARCADA A SEVERA	ANSIEDAD EXTREMA
1	44 (post)	46 (pre)		
2		55 (pre) 50 (post)		
3		45 (pre) 55 (post)		
4	43 (post)	46 (pre)		
5		59 (post)	65 (pre)	

El cuadro No.46 refleja la distribución de los índices de ansiedad obtenidos de forma previa y posterior a la intervención grupal, resultados en los que se observa que cuatro de las sobrevivientes revelaron niveles de ansiedad moderada y una reveló ansiedad marcada de forma previa a la intervención grupal, mientras que, posteriormente, dos sobrevivientes revelaron ausencia de ansiedad y tres sobrevivientes revelaron ansiedad moderada

En los datos anteriores se observa que la mayoría de las sobrevivientes de incesto (sujetos 1,4 y 5) presentó una disminución cuantitativa en sus niveles de ansiedad posterior a la intervención grupal, hallazgo que también fue observado en la sujeto 2 quien se mantuvo dentro del rango de ansiedad moderada. No obstante, una de las sobrevivientes (sujeto 3) presentó un incremento significativo en su nivel de ansiedad

**Gráfico 46 DISTRIBUCION DE LOS INDICES DE ANSIEDAD PREVIOS Y POSTERIORES A LA INTERVENCION GRUPAL CON LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO, DE ACUERDO AL TEST DE ZUNG**



CUADRO No 47

**CÁLCULOS DE LA T DE STUDENT PARA LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS NIVELES DE DEPRESIÓN DE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO**

S	ANTES	DESPUES	D	(d) <sup>2</sup>
1	40	38	2	4
2	45	43	2	4
3	43	39	4	16
4	43	32	11	121
5	47	55	-8	64
TOTAL	218	207	11	209

Ho Las mujeres adultas sobrevivientes de incesto manifestarán iguales niveles de depresión antes y después de la intervención grupal

H1 Las mujeres adultas sobrevivientes de incesto manifestarán menores niveles de depresión de forma posterior a la intervención grupal

$$H_0 \quad \mu_a = \mu_d$$

$$H_1 \quad \mu_a > \mu_d$$

$$\alpha = 0,05$$

$$g l = n-1=4$$

$$t_c = 2,132$$

Criterio de Decisión

Rechazar Ho si to es mayor que tc= 2,32

Resultados

$$\bar{d} = 2,2$$

$$\hat{S}_d = 6,80$$

$$\hat{S}_{\bar{d}} = 3,04$$

$t_o = 0,72$

DECISION: En vista de que  $t_o = 0,72$  es menor que  $t_c = 2,132$  no existe evidencia para rechazar  $H_o$ , por lo tanto no se puede concluir que el tratamiento grupal disminuya los niveles de depresión en las sobrevivientes de incesto

CUADRO No 48

CÁLCULOS DE LA T DE STUDENT PARA LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN  
LOS NIVELES DE ANSIEDAD DE LAS SOBREVIVIENTES DE INCESTO

S	ANTES	DESPUÉS	d	(d) <sup>2</sup>
1	37	35	2	4
2	44	40	4	16
3	36	44	-8	64
4	37	34	3	9
5	52	47	5	25
TOTAL	206	200	6	118

Ho Las mujeres adultas sobrevivientes de incesto expresarán iguales niveles de ansiedad antes y después de la intervención grupal.

H1 Las mujeres adultas sobrevivientes de incesto expresarán menores niveles de ansiedad después de la intervención grupal

$$H_0 \quad \mu_a = \mu_d$$

$$H_1 \quad \mu_a > \mu_d$$

$$\alpha = 0,05$$

$$g l = n-1 = 4$$

$$t_c = 2,132$$

Criterio de Decisión

Rechazar Ho si to es mayor que tc= 2,132

Resultados

$$\bar{d} = 1,2$$

$$\hat{S}_d = 5,26$$

$$\hat{S}_d^- = 2,35$$

$$t_o = 0,51$$

DECISION En vista de que  $t_o = 0,51$  es menor que  $t_c = 2,132$  no existe evidencia para rechazar  $H_o$ , por lo tanto no se puede concluir que el tratamiento grupal disminuya los niveles de ansiedad en las sobrevivientes de incesto

### **C. INFORMES CLINICOS**

A continuación presentamos las historias clínicas de las cinco sobrevivientes de incesto participantes en el presente estudio, sin embargo debemos señalar que, como parte del acuerdo de confidencialidad establecido a fin de asegurar su participación en la intervención grupal y su posterior autorización para utilizar los resultados obtenidos en el presente informe, hemos cambiado sus nombres utilizando seudónimos y generalizado algunos de sus datos biográficos de forma que se impida su fácil identificación dentro de nuestro contexto social. Estas medidas son de capital importancia para las participantes del grupo, como en términos generales lo son para las sobrevivientes que suelen luchar contra la estigmatización que suele acompañar al incesto.

## INFORME No. 1

### 1 INFORMACIÓN GENERAL

Nombre Amapola.

Edad rango de 30 a 39 años

Raza blanca

Estado Civil casada

Religión católica

Nivel educativo universitario completo (área comercial)

Nivel social clase media

Ocupación en el área comercial

Personas con quien vive esposo

### 2 QUEJA PRINCIPAL

La Señora Amapola acudió a la evaluación como requisito para incorporarse a la intervención grupal, señalando desear apoyo para las dificultades emocionales que confronta y que relaciona a los abusos sexuales sufridos en su infancia, pues quiere lograr un mejor desenvolvimiento en aspectos de su vida, cuya calidad cree imposible mejorar por sí misma. Añade que desea mayor control sobre sus continuos sentimientos de infelicidad, desánimo, baja autoestima (“a veces siento que no valgo nada”), agitación y culpa, emociones que la llevan a sentirse no amada y rechazar la intimidad, tanto en los vínculos de amistad como en su relación de pareja

### 3 HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

La Señora Amapola señala que empezó a sufrir abusos sexuales desde los 6 u 8 años de edad por parte de un tío (3 ocasiones), un hermano (1 ocasión), un primo (1 ocasión) y un vecino (3 ocasiones), en incidentes que involucraron manoseos, besos,

caricias en los genitales y penetración. No recuerda la edad exacta que tenía cuando estos abusos pararon, pero explica que los ofensores nunca fueron confrontados, a pesar de que su madre tuvo conocimiento de lo ocurrido.

Afirma que ante los abusos sufridos sus reacciones inmediatas fueron de impacto (“como congelada”), negación, enojo y ansiedad, sintiendo, con el transcurrir del tiempo, que no tenía control sobre su vida ni podía defenderse de las siguientes agresiones y ofensores. Señala que a raíz de estas experiencias, se le dificultó confiar en la gente y en sus propias percepciones por sentirse lastimada por personas en quienes había confiado de manera previa (“me sentí desprotegida”).

Indica que, como consecuencia de estos hechos, desde la pre-adolescencia tiende a la infelicidad, a sentirse sin energía, sin esperanzas, a ver el futuro con pesimismo y a experimentar frecuentes períodos de inquietud y nerviosismo. Agrega que en la actualidad estos episodios generalmente se relacionan a situaciones en las que se siente manipulada por personas a quienes respeta y estima, tales como su jefe o esposo.

Explica que las fases de depresión y ansiedad son más leves (una o dos veces al mes) desde hace dos años cuando comenzó a recibir terapia individual con una psicóloga, terapia que se acompañó de la asistencia de manera paralela a grupos de crecimiento personal. No obstante, a pesar de que estas intervenciones le han ayudado a lograr un mayor control sobre sus molestias emocionales, señala que aún experimenta dificultades para controlar su cambiante estado de ánimo, sobre todo la tendencia a deprimirse, y para relacionarse con el entorno de forma saludable. De forma particular, explica que le cuesta establecer límites que garanticen su integridad física y emocional por lo que aún se involucra en comportamientos

peligrosos para su salud, razones por las que después de consultarlo con su terapeuta y esposo decidió incorporarse al grupo de autoapoyo

#### **4 HISTORIA DE ENFERMEDADES ANTERIORES**

La Señora Amapola no refiere enfermedades significativas a lo largo de su vida, sin embargo indica que ha estado sometida a variados tratamientos de fertilidad en los últimos tres años, pues no ha logrado quedar embarazada.

#### **5 HISTORIA PERSONAL**

Su embarazo y parto fueron normales y durante su niñez no presentó mayores dificultades. Aun cuando no recuerda mucho de su infancia, resalta como aspecto significativo el haber sido molestada sexualmente por varias personas de su entorno familiar, en un período de años que no puede precisar. Sus recuerdos sobre estos hechos son parciales, admitiendo que durante muchos años se esforzó por borrarlos.

Realizó estudios superiores en la Universidad de Panamá donde se graduó en una licenciatura del área comercial y desde ese momento ha laborado en una entidad financiera de la localidad. El desempeño en esta institución le ha permitido obtener un puesto directivo y participar en diversos entrenamientos fuera del país. A pesar de que esta área de su vida es su principal fuente de satisfacción, está plagada de dudas sobre su capacidad intelectual y laboral.

En relación a sus hábitos y costumbres, informa una ingesta social de bebidas alcohólicas (principalmente vino), negando el uso de cigarrillos, psicofármacos y drogas. De forma adicional, señala practicar actividades deportivas casi todos los días (trote y tenis principalmente) y ser una lectora constante de temas de autoayuda.

#### **6 HISTORIA FAMILIAR**

La Señora Amapola es la primera de cuatro hijos, dos varones y dos mujeres, procreados en el matrimonio de sus padres. El vínculo entre sus progenitores es

descrito como bueno, pero no particularmente afectuoso, situación que era transfenda a la relación con los hijos, de forma que recuerda haberse sentido sola durante su infancia

Adicionalmente indica que la comunicación a lo interno de la familia era indirecta, a través de quejas o con el uso de intermediarios y que los temas sexuales o el incesto no eran tópicos de los que se pudiera hablar abiertamente

Afirma que la relación con su padre y hermana eran buenas, mientras que la sostenida con su madre era negativa debido a la frialdad con la que su progenitora la trataba. La interacción con sus hermanos varones fue irregular con uno e inexistente con el otro (el que la abusó), siendo distante el vínculo con el resto de la familia extendida.

En la actualidad, las relaciones con sus progenitores son distantes, lo que es particularmente cierto con su madre, quien siempre ha sido muy crítica con ella. Se queja de que su madre no aceptó escuchar sus pedidos de protección y que esto la llevó a rehuir hablar del tema y a negarse a cualquier tipo de atención de salud mental hasta alcanzar la vida adulta y comprender la magnitud de lo que había vivido. Agrega que como consecuencia de las terapias a las que ha acudido ahora cree que su madre la maltrató emocionalmente.

A los treinta años se casó con su primer esposo, vínculo que duró poco más de un año como consecuencia de las infidelidades del mismo. Hace tres años se casó con su actual pareja, un hombre divorciado y de nacionalidad extranjera, después de un año de noviazgo. De esta relación informa que el primer año fue satisfactorio, pero posteriormente confrontaron dificultades por la ingesta excesiva de bebidas alcohólicas de su cónyuge, situación que le hizo considerar la posibilidad del divorcio. No obstante, explica que esta coyuntura fue superada a través de su

asistencia a terapia de pareja y grupal (para el alcoholismo) lo que contribuyó a un mejor manejo de sus “recíprocos intentos de control”

La relación en la actualidad es descrita como regular, en parte por la tensión que les ha originado la dificultad de procrear un hijo y porque, aun cuando disfruta la intimidad con su esposo, la experiencia de los abusos sufridos en la infancia le dificulta lograr el orgasmo (el cual nunca ha alcanzado) Añade que le gustaría tener una comunicación más abierta con su esposo

## **7 EXAMEN DEL ESTADO MENTAL**

La Señora Amapola acude de manera puntual y con un adecuado arreglo personal, en el que destaca la sobriedad y elegancia de su vestuario, propio de su desempeño profesional Refleja buena capacidad intelectual, lenguaje fluido y tono de voz normal. Su discurso puede ser valorado cuantitativamente como normal La organización formal del pensamiento es normal, pero se acompaña de ideas de fondo pesimista La orientación del estado de ánimo, al igual que la expresión del rostro, tienden hacia una tristeza moderada. La actividad motora es normal, pero en algunos momentos evidencia una ligera inquietud Se encuentra orientada en espacio, tiempo y persona. La atención es normal Se observan perturbaciones en relación a la memoria remota (sus recuerdos de la infancia son dispersos)

Se muestra cooperadora durante la evaluación, presenta adecuado contacto con la realidad y conciencia de padecer un problema psicológico

## **8 RESULTADOS DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS**

La Señora Amapola obtuvo los siguientes resultados en las pruebas aplicadas

A Test de Ansiedad de Zung

Puntaje pregrupal = 46 (ansiedad moderada)

Puntaje postgrupal = 44 (ansiedad normal)

**B Test de Depresión de Zung**

Puntaje pregrupal = 50 (depresión leve)

Puntaje postgrupal = 48 (ausencia de depresión)

**C Test 16 FP de Cattell**

La prueba señala que, en términos generales, presenta los siguientes rasgos de personalidad

- Tiende a ser tímida y autosuficiente en los contactos interpersonales, de forma que prefiere trabajar a solas y evitar las opiniones contrarias a las suyas, rasgos que pueden interferir negativamente en su desenvolvimiento laboral, donde debe interactuar con un gran número de personas
- Acostumbrada a trabajar sobre bases prácticas, a lo largo de su vida ha sido capaz de lograr aquellas cosas que le parecían importantes, pero, a pesar de poseer una inteligencia normal, puede aceptar pocas obligaciones y evidenciar falta de motivación para realizar las tareas que considera difíciles
- Preocupada por los detalles y hacer las cosas correctamente, se atiene a lo que es evidentemente posible, siendo, en ocasiones, poco imaginativa.
- Inestable en sus metas, sus acciones son casuales y faltas de atención a los compromisos sociales y las exigencias culturales, condiciones que indican que posee poca fuerza del superyó
- Aun cuando suele ser percibida como sobria y digna de confianza, su inclinación a expresar una penetrante emotividad puede conducirla a brindar la impresión de ser una persona introspectiva y pesimista. Así, si tiene

problemas se involucra en muchas reflexiones y consideraciones antes de emprender acciones concretas.

- No necesariamente gregaria por decisión propia, tiende a ser dependiente del grupo y de personalidad pasiva, siendo posible que por su necesidad de aprobación social oriente su conducta hacia quienes le brindan mucho apoyo
- Resistente a las nuevas ideas, fría y escéptica en las interacciones sociales, puede ser percibida por su entorno como crítica, obstaculizadora e inflexible
- Presenta poca tolerancia a la frustración de forma que cuando las condiciones no son satisfactorias es voluble y evade los criterios de la realidad, presentando fácil turbación y reacciones psicósomáticas
- Reúne criterios clínicos que señalan una mayor probabilidad de ansiedad, depresión y preocupaciones ante las dificultades, aunque en términos generales muestra una actitud muy apacible
- Durante periodos prolongados de su niñez estuvo expuesta a niveles excesivos de estrés (experiencias traumáticas) que le han llevado a ser excesivamente sensible a las amenazas y a mostrar una actitud desadaptada ante la vida, condición que es agravada por un superyó débil

## 9 FORMULACIÓN

La Señora Amapola experimenta periodos de depresión y ansiedad que empezaron durante una etapa temprana de la vida (infancia-adolescencia) y que se expresan particularmente en dificultades para establecer vínculos sociales satisfactorios. Su pesimismo se encuentra enfocado en un mundo que percibe como hostil y amenazante, mismo en el cual el entorno familiar no ha sido un lugar seguro

para crecer: primero, por el clima de poca afectividad existente y segundo, por los abusos sexuales sufridos por personas en quienes confiaba y de quienes esperaba protección.

Hay mucho enojo sin expresar hacia sus figuras parentales: ella resintió mucho la distancia emocional existente con su madre e intentó sustituir este vínculo en sus relaciones de pareja con resultados negativos. El que su madre no creyera sus relatos sobre los abusos sexuales que sufría y no la protegiera le hizo sentirse traicionada por ella, de forma que siente mucho enojo hacia esta figura, sentimiento que intenta reprimir por la culpa que le genera.

En términos generales, se observa que creció sintiendo que las figuras que debían quererla y protegerla (padres y esposos) han sido fuentes de mayor frustración para ella, haciéndole dudar de su valor personal.

Los conflictos enfrentados en su actual matrimonio y la imposibilidad de engendrar hijos son fuentes adicionales de frustración y parecen ser percibidos como castigos por una mala acción pasada (sentimientos de culpa por el enojo sin expresar hacia sus padres).

Las relaciones interpersonales de la Señora Amapola se caracterizan por su necesidad de recibir afecto de las personas que le rodean y su temor a exponerse a ser lastimada nuevamente.

Los abusos sexuales sufridos en la infancia pueden estar relacionados con algunos de los síntomas que presenta al momento de la evaluación: depresión, enojo, ansiedad, sentimientos de culpa y rechazo a la intimidad sexual, pero la Señora Amapola también los vincula a las carencias afectivas y a los sentimientos de desprotección experimentados en su familia de origen.

## 10 DIAGNÓSTICO PROVISIONAL

- Eje I F43 1 Trastorno por estrés postraumático crónico [309 81] (motivo de consulta)
- F52 3 Trastorno orgásmico femenino de toda la vida, general y debido a factores psicológicos [302 73]
- Eje II Z03 2 No hay diagnóstico, características de personalidad evitativa y obsesivo-compulsiva [V71.09]
- Frecuente uso de intelectualización, represión y devaluación
- Eje III Enfermedad del sistema reproductivo
- Eje IV Víctima de abusos sexuales en la infancia
- Z63 8 Problemas paterno-filiales [V61 20]
- Z63 0 Problemas conyugales [V61.1]
- Eje V EEAG= 60 (actual)

## 11 REPORTE DE SESIONES

### A ETAPA DE SEGURIDAD (SESIONES 1-5)

En esta etapa se le observa inicialmente renuente a compartir sus sentimientos más personales, enfocándose principalmente en temas relacionados a su interacción cotidiana, particularmente en el ámbito laboral. En relación a este aspecto, expresa con notable ansiedad sentirse desvalorizada por sus jefes lo que cree es resultado de su dificultad para desempeñarse con más seguridad y ser capaz de expresar sus ideas de forma eficaz

Durante la cuarta sesión revela, con mucha dificultad, la conflictiva relación que ha sostenido con su madre, tema que la entristece al punto de llorar

al explicar su creencia de no ser querida por ella. De forma posterior se atreve a expresar que este vínculo la ha hecho sentir desprotegida (“como una bebé”) y sin derecho a expresar sus sentimientos y necesidades por temor a ser rechazada y aislada, pues no cree ser merecedora de amor

Cabe señalar que a lo largo de las sesiones y con bastante frecuencia, comenta lo importante que es para ella ser perfecta, especialmente en lo relativo a su apariencia física, siendo capaz de admitir que lucha consigo misma para aceptarse tal y como es, tema que desarrolla hasta indicar que cree que busca la perfección para encubrir su dolor y sentirse merecedora de amor

Al mismo tiempo, expresa que enfocó sus esfuerzos en la superación profesional para aumentar su autoestima y que los beneficios económicos que ha obtenido le han ayudado a equilibrar sus sentimientos de desamparo, pero no los han eliminado totalmente

Asevera que el incesto reforzó sus sentimientos de que la gente no era confiable y que personas queridas podían traicionarla. Así, aunque la terapia individual en la que se ha mantenido por alrededor de dos años le ha servido para lograr mayor claridad sobre las fuentes de estos sentimientos, aún persiste su sensación de ser demasiado vulnerable y manipulable

## **B ETAPA DE RECUERDO Y DUELO (SESIONES 6-11)**

En esta etapa se muestra constantemente con el rostro triste, se muerde las uñas y llora al comentar su creencia de ser fea, poco inteligente e inadecuada.

No comparte tener pesadillas como el resto del grupo, pero al escuchar a las otras hablar se enrojece, llora y manifiesta mucha ansiedad Paulatinamente afirma que le impresiona mucho escuchar que otras personas han pasado por

situaciones similares a las suyas, pues internamente tiende a creer que su experiencia es única.

Durante la primera sesión de esta etapa, comparte con el grupo que los abusos sexuales sufridos le hicieron sentir sucia, diferente, insegura, impotente y sin valor, razones por las que posteriormente decidió cuidar más su cuerpo, buscó ser exitosa a nivel profesional (“para compensar el dolor emocional”) y aprendió a no confiar en quien la hacía sentir menos

También manifiesta abiertamente que le es difícil entrar en contacto con los sentimientos que el abuso sufrido le despierta (“nunca se termina de sacar el dolor”) y que de forma consciente intenta evadir la fuerte tristeza que experimenta cuando recuerda lo sola que se sintió durante su infancia, sentimientos que explica como consecuencia de sentirse rechazada y descuidada por sus padres

El tema que evade con mayor frecuencia es el del enojo, de forma que le solicitamos en la sesión sobre este tema que lo dibujara si no podía explicarlo, obteniendo como respuesta que dibujara una mancha indefinida al mismo tiempo que explicaba “sé que está ahí, pero no puedo visualizarlo totalmente”.

En la última sesión comunica su preocupación en relación a no lograr una expresión adecuada de sus sentimientos, particularmente los relativos a la ira, dificultad que cree se encuentra relacionada con los episodios depresivos por los que atraviesa y su frecuente temor de estarse “volviendo loca”

### **C. ETAPA DE RECONEXIÓN (SESIONES 12-15)**

Comparte con el grupo las dificultades que aún experimenta para creerse merecedora del amor de sus familiares y amistades, pero indica que comienza a contemplar la posibilidad de que sus temores en relación a este tema sean

parcialmente producto de sus percepciones internas más que de actitudes reales de sus seres queridos

Otro tema que destaca en esta etapa, es la sensación de vulnerabilidad que aún le despierta recordar sus sentimientos de impotencia al ser abusada sexualmente, sensación ante la que recurre a desconectarse mental y emocionalmente de su entorno, sobre todo cuando el dolor de estos recuerdos le abruman al punto de serle intolerables, conducta que le preocupa por sentir que ha recurrido a ella en momentos desfavorables para sus aspiraciones personales y profesionales

En relación a su vida sexual, indica que, a pesar de disfrutar la cercanía física con su esposo, se le hace imposible alcanzar una real intimidad sexual con él, pues todavía lucha contra su creencia de que el sexo es malo y morboso además de los sentimientos de culpa que le despierta el sentir placer

Completa esta etapa señalando que a pesar de los conflictos que aún limitan su desenvolvimiento cotidiano, durante estas sesiones ha podido reflexionar sobre las fortalezas que le permitieron continuar adelante con su vida, de forma que comienza a creerse capaz de lograr mayor conexión con quienes le rodean y ser más abierta en la expresión de sus sentimientos.

PERFIL DEL CUESTIONARIO 16 FP

FACTOR	Puntuación bruta			Puntuación estándar	BAJA PUNTUACIÓN DESCRIPCIÓN	PUNTAJACIÓN EN ESTENES → Promedio ←										ALTA PUNTUACIÓN DESCRIPCIÓN		
	Forma C	Forma D	Total			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
A					RESERVADO, DISCRETO, CRÍTICO, APARTADO, INFLEXIBLE (Soliloquio)	↓	X	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	EXPRESIVO, AFECTUOSO, COMPLACIENTE, PARTICIPANTE (Sociabilidad)
B					MENOS INTELIGENTE, PENSAMIENTO CONCRETO (Baja capacidad mental escolar)	.	.	.	.	.	.	.	X	.	.	.	.	MÁS INTELIGENTE, PENSAMIENTO ABSTRACTO, BRILLANTE (Alta capacidad mental escolar)
C					AFECTADO POR SENTIMIENTOS, MENOR ESTABILIDAD EMOCIONAL, PERTURBABLE (Débilidad del yo)	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	EMOCIONALMENTE ESTABLE, MADURO, SE ENFRENTA A LA REALIDAD (Fuerza superior del yo)
E					SUMISO, INDULGENTE, OBEDIENTE, OÓCIL, SERVICIAL (Sumisión)	.	.	.	.	.	.	.	X	.	.	.	.	AFIRMATIVO, AGRESIVO, TERCO, COMPETITIVO (Dominante)
F					SOBRIO, TACITURNO, SERIO (Retraimiento)	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	DESPREOCUPADO, ENTUSIASTA (Impetuosidad)
G					ACTIVO, DESACATA LAS REGLAS (Superyó débil)	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	ESCRUPULOSO, PERSISTENTE, MORALISTA, JUICIOSO (Superyó fuerte)
H					RECATADO, TÍMIDO, REPRIMIDO (Timidez)	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	AVENTURADO, DESINHIBIDO, GUSTO POR CONOCER GENTE (Audacia)
I					CALCULADOR, CONFIAO EN SÍ MISMO, REALISTA (Severidad)	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	AFECTUOSO, SENSITIVO, DEPENDIENTE, SOBREPOTEGIDO (Sensibilidad emocional)
L					CONFIADO, ACEPTA CONDICIONES (Conflanza)	.	.	.	.	.	X	.	.	.	.	.	.	DESCONFIADO, SUSPICAZ (Desconfianza)
M					PRÁCTICO, TIENE PREOCUPACIONES REALES (Objetividad)	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	IMAGINATIVO, BOHEMIO, DISTRAÍDO (Subjetividad)
N					INGENUO, SIN PRETENSIONES, SINCERO PERO SOCIALMENTE TORPE (Ingenuidad)	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	ASTUTO, CULTIVADO, SOCIALMENTE CONSCIENTE (Astucia)
O					SEGURO DE SÍ MISMO, APACIBLE, SEGURO, COMPLACIENTE, SERENO (Adecuación serena)	.	.	.	.	.	.	X	.	.	.	.	.	APRENSIVO, AUTORECRIMINANTE, INSEGURO, PREOCUPADO (Propensión a la culpabilidad)
Q1					CONSERVADOR, RESPETUOSO DE LAS IDEAS ESTABLECIDAS (Conservadurismo)	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	EXPERIMENTADOR, LIBERAL, PENSAMIENTO LIBRE (Radicalismo)
Q2					DEPENDIENTE DEL GRUPO, SE "ADHIERE", Y ES UN SEGUIDOR EJEMPLAR (Dependencia grupal)	.	.	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	AUTOSUFICIENTE, RICO EN RECURSOS, PREFIERE SUS PROPIAS DECISIONES (Autosuficiencia)
Q3					INCONTROLADO, FLOJO, SIGUE SUS PROPIOS IMPULSOS, INDIFFERENTE A LAS REGLAS (Indiferencia)	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	CONTROLADO, FIRME FUERZA DE VOLUNTAD, ES CRUPULOSO SOCIALMENTE, COMPULSIVO (Control)
Q4					RELAJADO, TRANQUILLO, NO FRUSTRADO, SERENO (Tranquilidad)	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	TENSO, FRUSTRADO, IMPULSIVO, SOBRECITADO (Tensión)

240

Estén 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 es obtenido  
por 23% 44% 92% 160% 191% 191% 191% 191% 191% 191%

## INFORME No. 2

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre Rosa

Edad rango de 30 a 39 años

Raza negra

Estado Civil soltera

Religión ninguna

Nivel educativo universitario completo (área científica)

Nivel social clase media

Ocupación en el área científica

Personas con quienes vive padres

### 2. QUEJA PRINCIPAL

La Señora Rosa acudió a la evaluación como requisito para incorporarse a la intervención grupal, indicando que desea abordar los efectos que experimenta como resultado de los abusos sexuales sufridos en su infancia. De manera particular, señala que desea lograr un mayor conocimiento de sí misma y sus reacciones (tiene lagunas mentales que le causan mucha inquietud), con lo que espera incrementar su autoestima, alcanzar una sexualidad más plena y, por ende, ser capaz de establecer una relación de pareja satisfactoria.

### 3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

La Señora Rosa indica que fue abusada sexualmente por el esposo de su abuela cuando contaba con cinco años de edad, situación que se mantuvo por aproximadamente un año, siendo posteriormente molestada por unos vecinos (ocho años) y su hermano (diez años), en incidentes aislados. Los abusos sufridos involucraron manoseos, caricias en los genitales y penetración. Su familia sólo tuvo

conocimiento del abuso cometido por su hermano y aunque la protegieron, medida con la que la situación se detuvo, persistió en ella la impresión de que era responsabilizada por lo ocurrido

Asevera que no puede recordar sus reacciones inmediatas a los abusos sexuales ni los mecanismos utilizados para involucrarla, pero sí el hecho de que le hicieron sentir dolor, temor y vergüenza. Del mismo modo, señala que el no revelar los otros abusos sexuales sufridos le generaron sentimientos de culpa con los que aún lucha

Explica que al entrar en la adolescencia empezó a notar cambios de temperamento y temores que no eran normales y sobre los que no tenía control, destacando que alrededor de los quince años pensaba mucho en el suicidio como una alternativa para dejar de sufrir. Si bien es enfática en asegurar que no tiene estos pensamientos en el momento presente, admite que frecuentemente piensa que “la vida no vale la pena” lo que supera realizando actividades físicas tales como el caminar cerca del mar o pintar

De forma adicional, indica que durante esta etapa de su vida pasó por un período de ~~desórdenes~~ alimenticios, en el que comía mucho o nada, dependía demasiado de los tranquilizantes que le eran recetados por su médico de cabecera y se expuso a relaciones sexuales sin adecuada precaución

A pesar de creer que su problemática emocional era evidente para su familia, no recibió tratamiento inmediato para sus síntomas y no fue hasta los veintitrés años que, por iniciativa propia, inició una intervención terapéutica individual con una psicóloga. Opina que la terapia recibida la ayudó a lograr una mejor comprensión de sus dificultades, pero aún hay aspectos del abuso sufrido que no ha podido dilucidar y que limitan su potencial para controlar su cambiante estado de ánimo,

particularmente en lo relativo a las fases de irritabilidad, enojo, ansiedad y depresión por las que suele atravesar

La Señora Rosa indica que desde el inicio de la adolescencia experimenta baja autoestima, infelicidad, nerviosismo y tensión sin causas aparentes, sensación de que las cosas están fuera de control, irritabilidad fácil, dificultad para relajarse y para comprometerse emocionalmente. Dificultades que en ocasiones le han hecho temer perder el juicio y que piensa han tenido repercusiones negativas en sus relaciones de pareja anteriores, lo que desea evitar se repita en el futuro

#### **4. HISTORIA DE ENFERMEDADES ANTERIORES**

La Señora Rosa afirma sufrir de frecuentes dolores de cabeza, alergias cutáneas, dolores musculares y fuertes molestias menstruales desde la adolescencia, trastornos que sus médicos tratantes han relacionado con elevados niveles de ansiedad

#### **5. HISTORIA PERSONAL**

Manifiesta que su embarazo y parto fueron normales y que, aparte de las molestias físicas ya señaladas, no ha confrontado mayores dificultades durante su crecimiento. Sin embargo, indica que sus recuerdos de la infancia y adolescencia son dolorosos, por la distancia afectiva existente con sus padres y por los abusos sexuales sufridos por personas que le eran queridas, experiencias que le hicieron crecer con mucha tristeza

Señala que para sus padres el rendimiento académico de los hijos era objeto de particular atención, supervisión que contribuyó a que fuese una buena estudiante. Realizó estudios superiores en la Universidad de Panamá donde se graduó en una licenciatura del área científica y completó estudios de postgrado en una universidad norteamericana, ambas formaciones fueron realizadas con un índice académico sobresaliente

Desde su regreso al país, ha laborado en una empresa dedicada al planeamiento urbano, ocupando un puesto de gran responsabilidad y recientemente recibió una oferta de trabajo que representa un avance importante dentro de su profesión, pero indica que percibe que sus dificultades para confiar e interactuar de forma adecuada con las personas que le rodean pueden obstaculizar sus posibilidades de progreso. Destaca que, a pesar de gustarle su profesión, teme no ser capaz de expresar a plenitud sus habilidades profesionales.

En relación a sus hábitos y costumbres, informa una ingesta social de bebidas alcohólicas, un uso moderado de cigarrillos y niega el uso de psicofármacos y drogas. Además asegura que practica deportes de manera periódica, es una lectora ávida y eventualmente dedica parte de su tiempo libre a la fotografía artística.

## **6. HISTORIA FAMILIAR**

La Señora Rosa es la menor y única mujer de los dos hijos procreados en el matrimonio de sus padres, quienes se han mantenido casados por alrededor de 35 años en un vínculo que describe como “correcto, pero carente de real afecto”.

Explica que la comunicación en su familia era indirecta y superficial, los problemas medulares no eran abordados y no se expresaban abiertamente los sentimientos y pensamientos. No obstante, indica que de niña confiaba en sus padres, por quienes se sentía querida y protegida.

Afirma que el vínculo con sus progenitores se deterioró como consecuencia de revelar el abuso sufrido por su hermano lo que perturbó significativamente las relaciones familiares, sin embargo asevera que en la actualidad ha logrado mejorar su interacción la cual es descrita como “regular”.

La relación con su hermano es mínima, admitiendo incluso que evita coincidir con él en las actividades familiares y días festivos, a pesar de lo cual manifiesta

dolor al explicar cómo le ha afectado perder la figura de apoyo emocional que él representó en su infancia.

Aun cuando señala haber mantenido una fuerte relación de pareja hasta hace un par de años, la cual pensó pudo conducirla al matrimonio, la dio por terminada al descubrir que su compañero la había contagiado de una enfermedad sexual que le ocultó de manera deliberada. Esta experiencia volvió a reforzar su dificultad para confiar en las personas y desde ese momento decidió evitar nuevos vínculos amorosos. No obstante, explica que hace dos meses empezó una nueva relación de pareja y quiere darse la oportunidad de valorar la posibilidad de formar un hogar con este hombre, pero teme que sus dificultades para comunicarse de forma asertiva y confiar lo suficiente como para disfrutar plenamente la intimidad sexual cause el distanciamiento de su actual pareja.

#### **7. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL**

La Señora Rosa acude de manera puntual y con un adecuado arreglo personal, en el que destaca un vestuario elegante y original en su combinación. Refleja elevada capacidad intelectual, lenguaje fluido y tono de voz normal. Su discurso puede ser valorado cuantitativamente como normal. La organización formal del pensamiento es normal, pero tiende a ideas de autodesvalorización. La orientación del estado de ánimo, al igual que la expresión del rostro, tienden hacia la tristeza y la suspicacia. La actividad motora se encuentra reducida lo que impresiona como el resultado de un intenso control para no dejar traslucir sus sentimientos. Se encuentra orientada en espacio, tiempo y persona. La atención y la memoria son normales.

Se muestra cooperadora durante la evaluación, presenta adecuado contacto con la realidad y conciencia de padecer un problema psicológico.

## **8. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS**

La Señora Rosa obtuvo los siguientes resultados en las pruebas aplicadas

### **A Test de Ansiedad de Zung**

Puntaje pregrupal = 55 (ansiedad moderada)

Puntaje postgrupal = 50 (ansiedad moderada)

### **B Test de Depresión de Zung**

Puntaje pregrupal = 56 (depresión leve)

Puntaje postgrupal = 54 (depresión leve)

### **B Test 16 FP de Cattell**

La prueba señala que, en términos generales, presenta los siguientes rasgos de personalidad

- Tiende a ser reservada, autosuficiente y acostumbrada a seguir su propio camino, de forma que prefiere trabajar a solas y evitar las opiniones contrarias. No le disgusta la gente, pero no busca su asentimiento y apoyo
- De inteligencia normal, suele llevar a cabo lo que considera importante, pero su inclinación a actuar de forma rígida y en base a sus criterios personales en ocasiones contribuye a que sea percibida como inflexible, sobre todo debido a que se muestra preocupada por los detalles y por hacer las cosas correctamente
- Práctica, independiente y responsable, suele trabajar sobre bases realistas y acertadas la mayor parte del tiempo, pero también es idealista e impaciente
- Escéptica y de espíritu inquisitivo con las ideas, suele interesarse en temas intelectuales y dudar de los principios fundamentales. Bien informada, es poco inclinada a moralizar y tiende a ser tolerante con los cambios

- Se despreocupa de las normas y actúa de una manera personal, espontánea, animada e impulsiva, orientada por sus propias necesidades. Inestable en sus propósitos, en ocasiones, sus acciones pueden ser casuales y faltas de atención a los compromisos sociales y las exigencias culturales
- Puede ser elegida líder en grupos informales toda vez que es adaptable, no competitiva, interesada en los demás y colaboradora del grupo
- Poco tolerante ante la presión y con sentimientos de inferioridad, cuando las condiciones no son favorables se turba fácilmente presentando síntomas neuróticos variados
- Ante las dificultades puede responder con ánimo depresivo y preocupaciones, pero mayormente tiende a actuar de forma madura y poco ansiosa
- Alejada y cautelosa, prefiere tener pocas amistades. Sin embargo, en determinados momentos y en función de llenar su necesidad de sentirse apoyada por los demás, puede orientar su conducta hacia las personas que le dan soporte, llegando incluso a actuar de forma dependiente y pasiva ante las ideas de los otros
- Estradamente correcta, reprimida e introspectiva, a veces es terca, pesimista, indebidamente cauta y cínica. En términos generales se presenta natural y espontánea
- Durante períodos prolongados de su niñez estuvo expuesta a niveles excesivos de estrés (experiencias traumáticas) que le han llevado a ser excesivamente sensible a las amenazas y a mostrar una actitud desadaptada ante la vida, condición que es agravada por un superyó débil

## **9. FORMULACIÓN**

La Señora Rosa experimenta dificultades para autovalorarse objetivamente, ansiedad y depresión desde la adolescencia, problemáticas que vincula a sus sentimientos de vergüenza y culpa por los abusos sexuales sufridos en manos de personas hacia quienes sintió previamente confianza y afecto. Estos hechos, aunados al no sentirse realmente respaldada por sus progenitores al tener conocimiento de la situación, le han conducido a desconfiar profundamente de las personas de su entorno con quienes evita mantener compromisos emocionales profundos y estables. Así, establece relaciones de pareja en base a selecciones indiscriminadas, involucrándose en actividades sexuales como una forma de buscar la intimidad y el afecto que no recibió de sus figuras parentales.

Resalta que alberga una considerable cantidad de enojo sin expresar hacia sus padres, sentimiento del que se avergüenza y dirige contra sí misma. Es más fácil para ella autoagredirse, pues durante su crecimiento no aprendió formas adecuadas de expresar sus sentimientos y cree que, de manifestar abiertamente su enojo, le sería más difícil obtener el afecto de los demás.

Así, observamos que las pérdidas emocionales sufridas en su infancia (padres y hermano) se unen a las dificultades enfrentadas en las relaciones de pareja sostenidas, en las que ha sentido nuevamente traicionada su confianza, hechos que han incrementado sus sentimientos de aislamiento y desesperanza en un mejor futuro.

## **10. DIAGNÓSTICO PROVISIONAL**

Eje I    F43.1 Trastorno por estrés postraumático crónico [309.81] (motivo de consulta)

F52.3 Trastorno orgásmico femenino de toda la vida, general y debido a

factores psicológicos [302 73]

Eje II Z03 2 No hay diagnóstico, características de personalidad evitativa y  
obsesivo-compulsiva [V71 09]

Frecuente uso de devaluación, represión e intelectualización. Eventual uso  
de la disociación

Eje III Dolores de cabeza

Enfermedades de la piel (alergias cutáneas)

Eje IV Víctima de abusos sexuales en la infancia

Z63 8 Problemas paterno-filiales V61 20

Eje V EEAG= 70

## **11. REPORTE DE SESIONES**

### **A ETAPA DE SEGURIDAD (SESIONES 1-5)**

Durante las primeras sesiones de esta etapa se le observó tensa y nerviosa la mayor parte del tiempo, expresando profunda tristeza durante la sesión destinada a abordar el riesgo autolítico y elaborar el contrato de no suicidio, momento en el que ventiló abiertamente la mala relación que sostiene con su madre en la actualidad

Afirma que recuerda una época de su infancia donde era capaz de confiar en sus padres y en la que se sentía protegida por ellos, sentimientos que desaparecieron después de ser abusada y que explica como resultado de haber aprendido que en realidad estaba indefensa y no valía nada. Agrega que esta experiencia perturbó su crecimiento, pues no le ha permitido mantener relaciones profundas debido a que ante la menor duda de traición se siente abusada (“no acepto el mínimo error”) y porque se convenció de que el afecto estaba condicionado al sexo (“ambos se sienten como sinónimos”), creencia que

le ha llevado a involucrarse sexualmente con personas que posteriormente la lastimaron

En la cuarta sesión explica que a lo largo de su vida le ha sido difícil ocuparse de su arreglo personal y cuidar de su cuerpo (“me da miedo quererme a mí misma”), debido a que teme ser atractiva y que esto la exponga a situaciones de peligro en el futuro. Del mismo modo, manifiesta que se le dificulta establecer límites sanos con su ambiente y decir no para protegerse debido a que interiormente siente que al negarse se expone a no ser aceptada y querida.

#### **B ETAPA DE RECUERDO Y DUELO (SESIONES 6-11)**

En esta etapa, manifiesta notable tensión, su rostro se observa triste y con frecuencia llora, los accesos de llanto son particularmente frecuentes al compartir cómo han influido en su vida las percepciones que los demás tienen sobre ella, mismas que cree haber interiorizado llevándolas a ser parte de sus creencias a pesar de ser consciente de los efectos negativos de este actuar. En relación a este aspecto, expresa preocupación sobre cómo esta situación la ha conducido a involucrarse en conductas que ahora entiende como autodestructivas (por ejemplo, mantener relaciones sexuales sin protección) y que tenían como fin aislarla de su entorno para aplacar el dolor (“no quería enfrentar mi cuerpo”).

Indica que aún le preocupa utilizar el sexo como un vehículo para satisfacer las carencias de afecto no resueltas de su infancia, pues es consciente de que enfrenta serias dificultades para involucrarse afectivamente con las personas queridas, sobre todo en el ámbito de las relaciones amorosas. Asevera que puede recordar no haberse sentido realmente amada durante su infancia y

cómo evadía la tristeza que esto le causaba recurriendo a comportarse de una forma demasiado añorada y mimosa para su edad

En las sesiones destinadas al tema de la ira, admite, con dificultad, y sólo de manera parcial, el enojo que le despierta recordar los abusos sexuales sufridos, sentimiento que relaciona a no haberse sentido apoyada ni comprendida por sus padres ni siquiera después de haberse atrevido a pedir su ayuda, y al dolor que experimenta al pensar en el tiempo que perdió por las secuelas del abuso en su vida. De forma particular, destaca que tiene miedo de odiar a su hermano por haber dejado de ser un amigo y convertirse en otro agresor

En la última sesión de esta etapa, insiste en que quiere dejar atrás los problemas emocionales causados por los abusos sufridos, identificando como meta futura empezar a luchar por que se le reconozca de forma correcta su desempeño laboral

#### **C ETAPA DE RECONEXIÓN (SESIONES 12-15)**

En esta etapa comparte la dificultad que experimenta para no “desconectarse” mentalmente de su ambiente cuando no puede mantener el control sobre lo que ocurre a su alrededor, situación que se repite cuando siente que otra persona le impone su criterio sin considerarla o cuando en la intimidad sexual ocurre algo con lo que no está de acuerdo (“me pongo en blanco”), condición que relaciona a sus limitaciones para comunicarse de forma efectiva y a establecer límites que la protejan de las agresiones externas

Admite de forma más abierta su enojo hacia quienes la abusaron sexualmente durante su infancia, pero con marcada tristeza afirma que no puede desearles la muerte debido al vínculo fraterno que mantiene con uno de sus agresores

A nivel sexual, indica que aunque en muchas ocasiones desea tomar la iniciativa con su pareja, el haber aprendido que el sexo era malo y un arma para dominar a las personas se lo impide. Además, señala que no puede evitar sentir vergüenza cuando siente placer durante las relaciones sexuales toda vez que, si bien cree que el sexo es una expresión del amor dentro de una relación de pareja sincera, lo percibe como una debilidad prohibida.

Finalizando las sesiones, asevera ser consciente de que aún tiene que trabajar en su crecimiento personal, incluso asumiendo un compromiso más formal con su futura recuperación reiniciando las terapias individuales. Del mismo modo, señala ser más consciente de las fortalezas que posee y que fueron fundamentales para sobrevivir a los abusos sufridos en su infancia.

PERFIL DEL CUESTIONARIO 16 FP

FACTOR	Puntuación bruta			Puntuación estándar	BAJA PUNTUACIÓN DESCRIPCIÓN	PUNTUACIÓN EN ESTENES ← Promedio →										ALTA PUNTUACIÓN DESCRIPCIÓN		
	Forma C	Forma D	Total			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
A					RESERVADO, DISCRETO, CRÍTICO, APARTADO, INFLEXIBLE (Soliloquia)	.	x	.	.	.	.	A	.	.	.	.	.	EXPRESIVO, AFECTUOSO, COMPLACIENTE, PARTICIPANTE (Sociabilidad)
B					MENOS INTELIGENTE, PENSAMIENTO CONCRETO (Baja capacidad mental escolar)	.	.	.	.	.	.	B	.	.	.	.	.	MÁS INTELIGENTE, PENSAMIENTO ABSTRACTO, BRILLANTE (Alta capacidad mental escolar)
C					AFECTADO POR SENTIMIENTOS, MENOR ESTABILIDAD EMOCIONAL, PERTURBABLE (Debilidad del yo)	x	.	.	.	.	.	C	.	.	.	.	.	EMOCIONALMENTE ESTABLE, MADURO, SE ENFRENTA A LA REALIDAD (Fuerza superior del yo)
E					SUMISO, INDULGENTE, OBEDIENTE, DÓCIL, SERVICIAL (Sumisión)	x	.	.	.	.	.	E	.	.	.	.	.	AFIRMATIVO, AGRESIVO, TERCO, COMPETITIVO (Dominante)
F					SOBRIO, TACITURNO, SERIO (Retraimiento)	x	.	.	.	.	.	F	.	.	.	.	.	DESPREOCUPADO, ENTUSIASTA (Impetuosidad)
G					ACTIVO, DESACATA LAS REGLAS (Superyó débil)	x	.	.	.	.	.	G	.	.	.	.	.	ESCRUPULOSO, PERSISTENTE, MORALISTA, JUICIOSO (Superyó fuerte)
H					RECATADO, TÍMIDO, REPRIMIDO (Timidez)	.	.	x	.	.	.	H	.	.	.	.	.	AVENTURADO, DESINHIBIDO, GUSTO POR CONOCER GENTE (Audacia)
I					CALCULADOR, CONFIADO EN SÍ MISMO, REALISTA (Severidad)	.	.	.	.	x	.	I	.	.	.	.	.	AFECTUOSO, SENSITIVO, DEPENDIENTE, SOBREPROTEGIDO (Sensibilidad emocional)
L					CONFIADO, ACEPTA CONDICIONES (Confianza)	.	.	.	x	.	.	L	.	.	.	.	.	DESCONFIADO, SUSPICAZ (Desconfianza)
M					PRÁCTICO, TIENE PREOCUPACIONES REALES (Objetividad)	.	.	.	x	.	.	M	.	.	.	.	.	IMAGINATIVO, BOHEMIO, DISTRAÍDO (Subjetividad)
N					INGENUO, SIN PRETENSIONES, SINCERO PERO SOCIALMENTE TORPE (Ingenuidad)	x	.	.	.	.	.	N	.	.	.	.	.	ASTUTO, CULTIVADO, SOCIALMENTE CONSCIENTE (Astucia)
O					SEGURO DE SÍ MISMO, APACIBLE, SEGURO, COMPLACIENTE, SERENO (Adecuación serena)	.	.	.	.	x	.	O	.	.	.	.	.	APRENSIVO, AUTORECRIMINANTE, INSEGURO, PREOCUPADO (Propensión a la culpabilidad)
Q1					CONSERVADOR, RESPETUOSO DE LAS IDEAS ESTABLECIDAS (Conservadurismo)	.	.	.	.	.	.	Q1	.	.	.	.	.	EXPERIMENTADOR, LIBERAL, PENSAMIENTO LIBRE (Radicalismo)
Q2					DEPENDIENTE DEL GRUPO, SE "ADHIERE", Y ES UN SEGUIDOR EJEMPLAR (Dependencia grupal)	.	.	.	.	.	.	Q2	.	.	.	.	.	AUTOSUFICIENTE, RICO EN RECURSOS, PREFIERE SUS PROPIAS DECISIONES (Autosuficiencia)
Q3					INCONTROLADO, FLOJO, SIGUE SUS PROPIOS IMPULSOS, INDIFERENTE A LAS REGLAS (Indiferencia)	.	x	.	.	.	.	Q3	.	.	.	.	.	CONTROLADO, FIRME FUERZA DE VOLUNTAD, ES CRUPULOSO SOCIALMENTE, COMPULSIVO (Control)
Q4					RELAJADO, TRANQUILO, NO FRUSTRADO, SERENO (Tranquilidad)	x	.	.	.	.	.	Q4	.	.	.	.	.	TENSO, FRUSTRADO, IMPULSIVO, SOBREEXCITADO (Tensión)

253

El esten 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 es obtenido por 23% 44% 92% 18.0% 19.1% 19.1% 18.0% 9.2% 9.2%

## INFORME No. 3

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre Margarita

Edad rango de 30 a 39 años

Raza blanca

Estado Civil casada

Religión católica

Nivel educativo universitario completo (área humanística)

Nivel social clase media

Ocupación en el área humanística

Personas con quienes vive esposo e hijos

### 2. QUEJA PRINCIPAL

La Señora Margarita asiste a la evaluación como requisito para el ingreso al grupo de autoapoyo, manifestando que desea trabajar sobre los efectos que los abusos sexuales sufridos en su infancia han dejado en su vida sentimientos de no servir para nada, falta de energía y ausencia de control sobre lo que ocurre a su alrededor. De manera, especial señala desear mejorar su vida sexual.

### 3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

La Señora Margarita indica que fue abusada sexualmente por su hermano mayor cuando contaba con nueve años de edad, situación que se prolongó por varios meses. Los abusos sufridos involucraron manoseos y caricias en los genitales que se acompañaban de ataques a su autoestima y, de manera paralela, de conductas de protección, mecanismo con el que la involucraba en las actividades sexuales.

Informa que el abuso se detuvo cuando su hermana mayor, quien también era abusada por él, lo denunció obteniendo como respuesta que éste la acusara de estar

loca. Nadie en su familia supo del abuso que ella sufrió y no fue hasta llegar a volverse adulta que buscó terapia psicológica para enfrentar las secuelas de este trauma y comprender la dinámica familiar en la que fue criada

Afirma que ha luchado fuertemente para olvidar lo ocurrido, pero recuerda que su reacción inmediata fue negar el abuso (“quería creer que fue una pesadilla”) y como consecuencia del mismo desde el inicio de la adolescencia experimenta frecuentes períodos de infelicidad, baja autoestima (sentimientos de no servir para nada), sensación de peligro inminente (nervios, inquietud), sentimientos de pérdida y de que las cosas están fuera de control y dificultad para relacionarse socialmente

Piensa que la terapia psicológica individual recibida y la asistencia a grupos de fortalecimiento de la autoestima le han ayudado a un mejor manejo de sus molestias emocionales, pero le preocupa entrar en períodos de ansiedad y depresión, en los que la menor dificultad la abruma de forma desproporcionada y se puede sentir tan abatida que no desea levantarse de la cama u ocuparse de su arreglo personal

#### **4. HISTORIA DE ENFERMEDADES ANTERIORES**

La Señora Margarita indica que en términos generales su salud es buena, pero sufre frecuentes crisis por alergias respiratorias que son supervisadas médicamente y que vincula a un estado de ansiedad elevado

#### **5. HISTORIA PERSONAL**

Informa que su embarazo y parto fueron normales, presentando solo quebrantos de salud relacionados a complicaciones con sus alergias respiratorias y predisposición al asma

De su infancia y adolescencia resalta, además de la inestabilidad familiar vivida por los matrimonios y divorcios de su madre y la carencia de una figura paterna

estable, el haber sido víctima de abusos sexuales por uno de sus hermanos, experiencias en las que intenta no pensar, pues aún le producen mucho dolor.

La Señora Margarita señala haber sido una buena estudiante, a pesar de que no se esforzaba de manera particular en los temas académicos y su desempeño no era supervisado por su madre u otros parientes. Realizó estudios universitarios en los Estados Unidos donde obtuvo una licenciatura en el área humanística, misma en la que se ha desempeñado en los últimos quince años de forma sobresaliente ocupando actualmente un puesto directivo en la institución en la que labora. Cabe señalar que su eficiencia profesional es destacada como su mayor fuente de autoestima.

En relación a sus hábitos y costumbres, es menester indicar que aun cuando admite haber pasado por una etapa de ingesta alcohólica excesiva durante la adolescencia, informa que en la actualidad mantiene una ingesta social de bebidas alcohólicas, un uso moderado de cigarrillos y niega el uso de psicofármacos y drogas. Añade que practica el trote de manera diaria y, eventualmente, juega tenis y golf.

## **6. HISTORIA FAMILIAR**

La Señora Margarita es la tercera de los cinco hijos, dos varones y tres mujeres, procreados en el matrimonio de sus padres quienes se divorciaron cuando ella contaba con cuatro años de edad, después de una relación que se caracterizó por una interacción emocionalmente violenta como resultado del alcoholismo e irresponsabilidad económica del padre. Después del divorcio, su progenitor se trasladó a otro país y el vínculo entre ambos fue prácticamente nulo durante el resto de su infancia y adolescencia. Sin embargo, en los dos últimos años, ha mantenido una comunicación esporádica con su padre la cual explica como resultado de sus esfuerzos para no perder el contacto con él.

Tres años después del divorcio, su madre volvió a casarse y su padrastro también mantuvo una interacción emocionalmente agresiva con ella, situación que llevó a la pareja a la separación pocos años después

Afirma que en su familia de origen la comunicación era indirecta y carente de expresiones afectivas, aun cuando, en términos generales, todos los sentimientos podían ser expresados. No obstante, desde muy pequeña, percibía la frialdad afectiva existente en el hogar y esta situación le hizo crecer con la convicción de ser rechazada por su familia

Admite que creció viendo a su madre como una persona emocionalmente distante y en quien no podía confiar lo suficiente como para contarle sus dificultades, de forma que no se sintió querida ni protegida por ella, revelando que cree que de haberla cuidado mejor el abuso sexual no habría ocurrido

Señala que en la actualidad la relación con su hermano mayor es difícil (“no nos hablamos”) y no muy abierta con su hermana mayor (por quien se sintió desvalorizada durante su crecimiento), pero el vínculo con su madre y hermanos menores ha mejorado con el tiempo considerándolo regular en la actualidad

Informa que se casó a los 20 años, unión que se ha prolongado por aproximadamente quince años y que es descrita como buena en el momento presente, pero que ha pasado por crisis que en algún momento le hicieron contemplar la separación (“por sentirme rechazada por él”). Cree que en esta situación ha influido de manera importante las dificultades que enfrenta para comunicar abiertamente sus sentimientos y necesidades, tanto como la aversión que le despierta la intimidad sexual (“me conecta con el abuso”) misma a la que accede sólo por sentir que es su obligación como esposa

La Señora Margarita cuenta con tres hijos con los que asegura mantener una excelente relación, pues se ha esforzado en crear con ellos un vínculo distinto al que mantuvo con sus propios progenitores

#### **7. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL**

La Señora Margarita acude de manera puntual y con un adecuado arreglo personal, **correcto para su edad y profesión** Refleja buena capacidad intelectual, lenguaje fluido y tono de voz normal La valoración cuantitativa del discurso y la organización formal del pensamiento son normales La orientación del estado de ánimo, al igual que la expresión del rostro, revelan ansiedad y tristeza. La actividad motora se encuentra reducida lo que impresiona como el resultado de un esfuerzo consciente para no revelar sus emociones. Se encuentra orientada en espacio, tiempo y persona La atención y la memoria son normales

Su actitud hacia la entrevista es de cooperación, presenta adecuado contacto con la realidad y conciencia de enfrentar dificultades psicológicas

#### **8. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS**

La Señora Margarita obtuvo los siguientes resultados en las pruebas aplicadas

##### **A Test de Ansiedad de Zung**

Puntaje pregrupal = 45 (ansiedad moderada)

Puntaje postgrupal = 55 (ansiedad moderada)

##### **B Test de Depresión de Zung**

Puntaje pregrupal = 54 (depresión leve)

Puntaje postgrupal = 49 (ausencia de depresión)

**C Test 16 FP de Cattell**

La prueba señala que, en términos generales, presenta los siguientes rasgos de personalidad

- Autosuficiente e inhibida en los vínculos sociales de mayor profundidad prefiere trabajar a solas, pues suele ser precisa y rígida en su manera de hacer las cosas, basándose principalmente en sus criterios personales
- Aun cuando esta acostumbrada a tomar decisiones basadas en sus creencias particulares y no tomar en cuenta la opinión de las personas con quienes trabaja, no le disgusta interactuar con la gente. No obstante, colabora deficientemente con los grupos
- De inteligencia normal y amplio nivel cultural, tiende a ser rápida en la comprensión de las ideas y logra llevar a cabo lo que considera importante
- De carácter exigente y dominada por el sentido del deber, es perseverante, responsable, organizada y suele trabajar sobre bases reales y acertadas. Ansiosa por hacer las cosas correctamente, se preocupa excesivamente por los detalles
- Respetuosa de las ideas establecidas, confía en lo que se le ha enseñado a creer aunque se le presente algo mejor de forma que tiende a ser tradicional, mostrándose precavida y puntilosa con las nuevas ideas. Normalmente es escrupulosa y moralista.
- Si bien se presenta como una persona dogmática y con una mentalidad independiente, a veces tiende a solicitar la ayuda de los demás, asumiendo una actitud de notable dependencia, cediendo y aceptando sus ideas
- A menudo se encuentra complicada con su propio yo, le gusta opinar sobre sí misma y esta interesada en la vida mental íntima.

- Aunque presenta una actitud relajada y satisfecha, ante algunas situaciones se siente tan tensa e irritable que puede manifestar síntomas de fatiga. Sin embargo, puede presentar baja motivación para intentar cambios en su vida personal y profesional
- Aun cuando es capaz de algún grado de confianza, suele ser mayormente desconfiada y ambigua, prefiriendo mantener un pequeño grupo de amistades íntimas **Indebidamente** cauta y escéptica, puede ser considerada por los demás como presumida.
- Poco tolerante ante la frustración reacciona ante las dificultades con fácil turbación y síntomas neuróticos (quejas psicósomáticas) Además, tiende al ánimo depresivo y a las preocupaciones sobre presagios e ideas largamente gestadas
- Durante periodos prolongados de su niñez estuvo expuesta a niveles excesivos de estrés (experiencias traumáticas) que le han llevado a ser excesivamente sensible a las amenazas y a mostrar una actitud desadaptada ante la vida, condición que es agravada por un superyó débil

## 9. FORMULACION

La Señora Margarita experimenta periodos de ansiedad y depresión cuyo origen ubica en la adolescencia y en los cuales interactúan tanto el inestable clima familiar en el que creció como el abuso sexual cometido por su hermano, hecho más doloroso aún debido a que en esta figura había proyectado la imagen paterna ausente, condiciones que, aunadas al silencio guardado sobre su victimización, le han llevado a desarrollar rasgos de una personalidad ansiosa y un afecto depresivo

ante un ambiente que percibe como amenazante y sobre el que siente no tener control ni poder para asegurar sus límites

La relación con sus figuras parentales es insatisfactoria, particularmente con el padre quien continúa manteniendo la distancia física y emocional, provocando una fuerte sensación de pérdida y desvalorización en sus relaciones interpersonales, con los consecuentes sentimientos de dolor y enojo que no verbaliza. Al momento de la evaluación, sus relaciones sociales se ven perturbadas por su temor a no ser realmente querida y ser manipulada nuevamente en su detrimento

En su vínculo matrimonial recrea la dinámica que existió con sus progenitores, casándose con un hombre emocionalmente distante y por el que también se siente rechazada. No obstante, se culpa por su insatisfacción matrimonial, de manera similar a como lo hace por la distancia con su padre, determinando que ha fallado como esposa por las dificultades sexuales que experimenta (falta de excitación, temor al sexo, aversión a determinadas actividades sexuales, no lograr el orgasmo), más que explorando cómo ambos pueden haber contribuido a su mutua insatisfacción como pareja

Resalta que se siente menos satisfecha en su vida familiar actual de lo que está dispuesta a admitir, posiblemente por el temor a sufrir nuevas pérdidas, de forma que recurre a canalizar su fuerte enojo a través de frecuentes migrañas o estados depresivos y a desconectarse mentalmente de su entorno cuando las condiciones emocionales le resultan intolerables, tal como lo aprendió en la infancia.

## **10. DIAGNÓSTICO PROVISIONAL**

Eje I F43.1 Trastorno por estrés postraumático crónico [309.81] (motivo de consulta)

F52.0 Deseo sexual lipoactivo de toda la vida, general y debido a factores psicológicos [302.71]

Eje II Z03.2 No hay diagnóstico, características de personalidad dependiente, evitativa y obsesivo compulsiva [V71 09]  
Frecuente uso de devaluación, represión y racionalización. Eventual uso de la disociación

Eje III Enfermedad del sistema respiratorio (alergias respiratorias)  
Migrañas frecuentes

Eje IV Víctima de abusos sexuales en la infancia.  
Z63 8 Problemas paterno-filiales [V61 20]  
Z63.0 Problemas conyugales [V61 1]

Eje V EEAG= 70

## **11. REPORTE DE SESIONES**

### **A. ETAPA DE SEGURIDAD (SESIONES 1-5)**

Desde el inicio de las sesiones comenta tener frecuentes pesadillas y su rostro refleja mucha tristeza al relatar sus sueños, mismos cuyos contenidos básicamente se centran en ser perseguida por algo o alguien a quien no puede definir claramente. Al avanzar las sesiones, comparte, con mucha tensión, que en sus sueños se ve perseguida por su hermana, pero se muestra renuente a ventilar de forma abierta las dificultades que han enfrentado durante su interacción y no es hasta la quinta sesión en que manifiesta que siempre se sintió culpable con ella por haber asumido un rol complaciente y pasivo frente al hermano que las abusó a ambas en vez de apoyarla cuando su hermana lo denunció con sus padres.

A lo largo de esta etapa y de forma paulatina comenta que el abuso sufrido la hizo sentir como una tonta, que no era consultada sobre lo que pasaba con su cuerpo (“lo tomaron sin mi permiso”) y que cree que esta experiencia ha interferido con su capacidad de hacerse respetar y defender sus derechos. Explica que sólo su convencimiento de haber realizado un buen desempeño como madre y profesional le ha ayudado a equilibrar sus sentimientos de impotencia, reforzando su creencia de que es capaz de seguir adelante con su vida.

Admite sentimientos de lejanía con su familia que no le permitieron acudir a ellos por ayuda cuando los abusos de su hermano empezaron, pero se muestra muy evasiva a profundizar en algunos aspectos dolorosos a los que debió hacer frente durante su crecimiento, temas que parecen centrarse de forma importante en la dinámica familiar existente como consecuencia de la interacción disfuncional entre sus padres.

#### **B ETAPA DE RECUERDO Y DUELO (SESIONES 6-11)**

En esta etapa se le observa frecuentemente tensa, nerviosa (se muerde los labios), triste y, por momentos, irritable, informando tener pesadillas tales como que debe ponerse un lente de contacto gigante en un ojo o que juega golf y no puede meter la pelota en el orificio. Sueños que afirma le hacen sonreír por verlos ilógicos, pero que, al mismo tiempo, la angustian.

En la séptima sesión refiere que durante su crecimiento tuvo que luchar con la creencia de no ser valiosa ni digna de amor por lo que se esforzaba por “ser perfecta” y destacar, sintiendo ahora que inconscientemente ha mantenido hasta la vida adulta un patrón obsesivo con el trabajo como una forma de

compensar la impotencia y el dolor emocional que le causaba no sentirse cuidada de forma apropiada durante su niñez.

En relación a este aspecto, señala que hubo una etapa previa de su vida en la que recurrió a la ingesta excesiva de alimentos cuando se sentía insegura y abandonada por su madre, pero que al crecer comprendió lo nocivo de esta conducta y empezó a cuidar su peso corporal, aunque admite no vigilar otros aspectos importantes de su salud, a pesar de las indicaciones médicas que ha recibido

Durante la novena sesión explica que aun cuando no se siente mala o sucia creció sintiéndose diferente a las otras personas. Señala que la entristece y enoja pensar que no contaba con la edad suficiente para defenderse y no tenía a nadie a quien recurrir por ayuda, factores que contribuyeron a hacerla sentir sola y sin protección cuando los abusos ocurrieron, al mismo tiempo que culpable por algo que no provocó y de lo que no habló por temor a ser culpabilizada

Al avanzar las sesiones se le observa más conectada con sus sentimientos de enojo, asociando la rabia por el abuso sufrido a no sentirse corporalmente entera ("impura"), percepción que manifiesta le ha llevado a ser muy consciente de su cuerpo. Sin embargo, indica que no fue sino hasta la etapa adulta que este interés la estimuló a realizar más ejercicios físicos como un método para liberar su ansiedad y sentimientos de enojo

En sus comentarios resalta su ambivalencia entre los reproches que dirige a su madre, por no haber estado más pendiente de ella, y el rechazo que le despierta depender de otras personas y los esfuerzos que realiza para evitarlo, destacando su visualización de lo académico como un medio para lograr independencia

Refiere que una de las secuelas del abuso con la que le ha sido particularmente difícil lidiar es la sensación de parálisis e impotencia que experimenta ante los eventos de su vida en los que se siente manipulada injustamente. Agrega que con frecuencia ante estos sentimientos y los de tristeza despertados por los recuerdos de su infancia, se “desconecta” mentalmente del ambiente en que está, experiencia que le ha ocurrido incluso manejando su automóvil.

Durante la última sesión indicó que un factor que la entristece es pensar en el tiempo de su vida que ha perdido cargando con un sentimiento de culpa que no le pertenece. No obstante, también señaló enorgullecerse de la fuerza que tuvo para seguir adelante, a pesar del abuso sufrido, y de la fortaleza que ha tenido para defenderse en otros momentos en que no contó con nadie para protegerla.

Además, observamos que, a lo largo de esta etapa, comenta con notable frecuencia que lucha de forma constante con el temor de que algo indefinido, pero negativo, le ocurra a un ser querido: un accidente o la muerte, preocupación que condiciona sus interacciones diarias con su esposo e hijos y que cree incrementa su desgaste emocional. También asevera que el estar en permanente conexión con sus emociones (“debo concentrarme para identificarlas”), a fin de lograr un mayor control sobre su estado de ánimo, le hace sentir agotada, pero que no puede ceder en estas conductas que son las que evitan que se hunda en la depresión y pase por ataques de pánico en los que teme perder la razón.

### **C. ETAPA DE RECONEXIÓN (SESIONES 12-15)**

Durante esta etapa se muestra principalmente tensa y triste (llora con frecuencia), pero también se le observa irritable al abordar los temas

relacionados a la sexualidad. En referencia a este aspecto, afirma que el abuso le enseñó a sentirse como una mala persona si experimentaba placer con el sexo y que, a pesar de sentirse muy unida a su pareja durante las relaciones sexuales, se siente vulnerable y expuesta a ser lastimada. Explica este sentimiento como resultado de su dificultad para comunicar sus necesidades y temores, lo que le hace conectarse con los recuerdos del abuso sufrido en la infancia, memorias que se vuelven particularmente dolorosas si se siente presionada a la intimidad de forma rápida o cuando no lo desea. Paulatinamente, comenta algunas inconformidades con su relación matrimonial, aseverando que desea mantener una mejor comunicación con su esposo y contar con su presencia de forma más constante en la crianza de sus hijos.

En las últimas sesiones, la Señora Margarita admite de forma más abierta que aún lucha con sus sentimientos de inseguridad e inadecuación, mismos que vincula a la creencia de no haber sido una hija ideal para su madre, idea contraria a aceptar que ella no contó con una madre “ideal” tal como ella la define. Mediante estos comentarios transmite su creencia de que debe ser perfecta para ser digna de amor por su familia, no perdonándose ni los errores más pequeños.

PERFIL DEL CUESTIONARIO 16 FP

FACTOR	Puntuación bruta			Puntuación estándar	BAJA PUNTUACIÓN DESCRIPCIÓN	PUNTUACIÓN EN ESTENES										ALTA PUNTUACIÓN DESCRIPCIÓN		
	Forma C	Forma D	Total			← Promedio →												
A					RESERVADO, DISCRETO, CRÍTICO, APARTAOO, INFLEXIBLE (Soliloquia)	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	EXPRESIVO, AFECTUOSO, COMPLACIENTE, PARTICIPANTE (Sociabilidad)
B					MENOS INTELIGENTE, PENSAMIENTO CONCRETO (Baja capacidad mental escolar)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	MÁS INTELIGENTE, PENSAMIENTO ABSTRACTO, BRILLANTE (Alta capacidad mental escolar)
C					AFECTADO POR SENTIMIENTOS, MENOR ESTABILIDAD EMOCIONAL, PERTURBABLE (Débilidad del yo)	↓	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	EMOCIONALMENTE ESTABLE, MADURO, SE ENFRENTA A LA REALIDAD (Fuerza superior del yo)
E					SUMISO, INDULGENTE, OBEDECIENTE, DÓCIL, SERVICIAL (Sumisión)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	AFIRMATIVO, AGRESIVO, TERCO, COMPETITIVO (Dominante)
F					SOBRIO, TACITURNO, SERIO (Retraimiento)	.	↓	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	DESPREOCUPADO, ENTUSIASTA (Impetuosidad)
G					ACTIVO, DESACATA LAS REGLAS (Superyó débil)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	ESCRUPULOSO, PERSISTENTE, MORALISTA, JUICIOSO (Superyó fuerte)
H					RECATADO, TÍMIDO, REPRIMIDO (Timidez)	.	.	.	↓	.	.	.	.	.	.	.	.	AVENTURADO, DESINHIBIDO, GUSTO POR CONOCER GENTE (Audacia)
I					CALCULADOR, CONFIADO EN SÍ MISMO, REALISTA (Severidad)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	AFECTUOSO, SENSITIVO, DEPENDIENTE, SOBREPROTEGIDO (Sensibilidad emocional)
L					CONFIADO, ACEPTA CONDICIONES (Confianza)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	DESCONFIADO, SUSPICAZ (Desconfianza)
M					PRÁCTICO, TIENE PREOCUPACIONES REALES (Objetividad)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	IMAGINATIVO, BOHEMIO, DISTRAÍDO (Subjetividad)
N					INGENUO, SIN PRETENSIONES, SINCERO PERO SOCIALMENTE TORPE (Ingenuidad)	↓	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	ASTUTO, CULTIVADO, SOCIALMENTE CONSCIENTE (Astucia)
O					SEGURO DE SÍ MISMO, APACIBLE, SEGURO, COMPLACIENTE, SERENO (Adecuación serena)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	APRENSIVO, AUTORECRIMINANTE, INSEGURO, PREOCUPADO (Propensión a la culpabilidad)
Q1					CONSERVADOR, RESPETUOSO DE LAS IDEAS ESTABLECIDAS (Conservadurismo)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	EXPERIMENTADOR, LIBERAL, PENSAMIENTO LIBRE (Radicalismo)
Q2					DEPENDIENTE DEL GRUPO, SE "ADHIERE", Y ES UN SEGUIDOR EJEMPLAR (Dependencia grupal)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	AUTOSUFICIENTE, RICO EN RECURSOS, PREFIERE SUS PROPIAS DECISIONES (Autosuficiencia)
Q3					INCONTROLADO, FLOJO, SIGUE SUS PROPIOS IMPULSOS, INDIFERENTE A LAS REGLAS (Indiferencia)	.	↓	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	CONTROLADO, FIRME FUERZA DE VOLUNTAD, ESCRUPULOSO SOCIALMENTE, COMPULSIVO (Control)
Q4					RELAJADO, TRANQUILO, NO FRUSTRADO, SERENO (Tranquilidad)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	TENSO, FRUSTRADO, IMPULSIVO, SOBREENCITADO (Tensión)

El esten 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 es obtenido por 23%/a 44%/a 92%/a 150%/a 191%/a 181%/a 180%/a 92%/a 44%/a 23%/a de adultos

## **INFORME No. 4**

### **1. INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre Jazmín

Edad rango de 40 a 49 años

Raza blanca

Estado Civil casada (separada)

Religión católica

Nivel educativo universitario completo (área comercial)

Nivel social clase media

Ocupación en el área comercial

Personas con quienes vive dos hijos

### **2. QUEJA PRINCIPAL**

La Señora Jazmín asiste a la evaluación como requisito para incorporarse a la intervención grupal, señalando desear obtener mayor control sobre los efectos que los abusos sexuales sufridos en su infancia han producido en su vida, resaltando que desea mejorar la disfuncionalidad que hasta ahora ha vivido en sus relaciones de pareja, misma que adjudica a su temor a la intimidad. Afirma que también desea trabajar sobre sus constantes sentimientos de infelicidad, ansiedad, irritabilidad y percepción de no ser realmente amada.

### **3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL**

La Señora Jazmín señala que fue abusada sexualmente por un tío y un primo cuando contaba con cinco años de edad. La primera agresión ocurrió en un incidente único mientras que la segunda se prolongó por alrededor de un año y medio, involucrando los abusos sufridos, en ambos casos, manoseos en los genitales.

Asevera no recordar cómo fue involucrada en estos hechos, pero sí que sus reacciones inmediatas abarcaron sentimientos de sorpresa, enojo y vergüenza, tanto como temores a dormir de noche. Agrega que era tal su deseo de ocultar lo sucedido que no informó a nadie de su familia al respecto, por lo que ahora cree que el segundo abuso fue consecuencia de no haber sido capaz de pedir ayuda inmediata cuando sucedió el incidente con su tío.

Explica que sólo hasta la etapa adulta recibió tratamiento psicológico y psiquiátrico por lo abusos sufridos, a partir de lo cual puso en conocimiento a su madre de estos hechos.

La Señora Jazmín manifiesta que en las terapias individuales recibidas de manera previa logró un mejor manejo de sus temores a ser abandonada e interactuar más tranquilamente con el sexo opuesto, mismos que se iniciaron durante la adolescencia, pero que aún enfrenta períodos de tristeza, tensión, marcado enojo y desinterés en el sexo, que la abruman y que relaciona con el abuso sufrido en la infancia. En la actualidad piensa que haber guardado lo ocurrido como un pecado, con los sentimientos de culpa consecuentes, repercutió negativamente en su capacidad de establecer vínculos sociales adecuados y en mantener una interacción más sana durante su matrimonio.

#### **4. HISTORIA DE ENFERMEDADES ANTERIORES**

La Señora Jazmín afirma que a lo largo de su vida ha sufrido de fuertes dolores de cabeza que en algunas ocasiones le han llevado a períodos de gran fatiga. En los dos últimos años, además, se ha visto aquejada de problemas cutáneos y dolores musculares.

## **5. HISTORIA PERSONAL**

Afirma que su embarazo y parto fueron normales y que, aparte de las molestias físicas ya reseñadas, no ha confrontado mayores dificultades durante su crecimiento

La Señora Jazmín manifiesta con gran orgullo que, a pesar de las limitaciones económicas en las que creció, fue una buena estudiante, realizando estudios superiores en la Universidad de Panamá, donde se graduó en una licenciatura del área comercial. Su labor profesional la desarrolla en la administración de un negocio propio, experiencia que le ha generado gran satisfacción toda vez que los resultados exitosos obtenidos en el mismo le han permitido demostrar ampliamente sus habilidades empresariales, lo que también ha contribuido a cimentar sus sentimientos de valía personal

En relación a sus hábitos y costumbres, cabe señalar que, a pesar de admitir que durante un periodo de su adolescencia ingirió bebidas alcohólicas de forma desmesurada y abuso de los calmantes prescritos por un médico, informa que en la actualidad mantiene una ingesta social de bebidas alcohólicas, un uso esporádico de cigarrillos y niega el uso de psicofármacos y drogas. Adicionalmente, señala practicar el trote de forma esporádica y ser miembro activo de un grupo religioso católico, actividades que le generan serenidad para enfrentar las dificultades diarias

## **6. HISTORIA FAMILIAR**

La Señora Jazmín es la mayor de las dos hijas procreadas en el matrimonio de sus padres, quienes se divorciaron cuando ella contaba con diez años de edad, después de una interacción en la que su madre señalaba ser víctima de agresiones físicas, emocionales y económicas por su esposo, situaciones de las cuales la Señora Jazmín indica no haber sido testigo recordando, por el contrario, cómo su padre era agredido física y verbalmente por su madre

Afirma que en su hogar de origen no se acostumbraba a demostrar el afecto entre sus miembros y la comunicación era confusa, de forma que el único sentimiento que se permitía expresar abiertamente era la tristeza.

La Señora Jazmín relata que en algún momento de su infancia se enteró de que su hermana menor acusaba a su padre de haberla abusado sexualmente, pero este tema nunca fue abordado a nivel familiar ni recibieron intervención terapéutica alguna.

Señala que el vínculo con su padre siempre fue distante, pues él no era una persona en quien pudiese confiar, debido a que lo sorprendió mintiéndole en diferentes ocasiones, y después del divorcio la relación fue muy inconstante, a pesar de lo cual siente mucho afecto por su progenitor.

Por otra parte, informa que aun cuando creció sintiéndose cuidada por su madre, su relación se ha visto seriamente perturbada por su incapacidad para comunicarse de forma abierta y su percepción de ser rechazada por ella. Sin embargo, asegura que en los últimos años se ha dado un importante acercamiento entre ellas, al punto de que han sido capaces de expresarse físicamente su mutuo afecto.

Manifiesta que la interacción con su hermana menor ha sido difícil por sentir que ella se aprovechaba de su vulnerabilidad en la infancia para obtener ganancias en su detrimento. No obstante, no brinda mayores detalles al respecto ni ejemplos de situaciones específicas en que esto hubiese ocurrido.

Explica que se casó con su esposo contando 25 años de edad, unión que se caracterizó por falta de comunicación, infidelidades múltiples y agresiones físicas y emocionales por parte de su cónyuge, dinámica que se mantuvo por alrededor de diez años y que en la actualidad les mantiene separados, a pesar de haber realizado varios intentos fallidos de reconciliación. Explica que al momento presente su

interacción es mala por la falta de comunicación y la evasión en la responsabilidad económica por parte de su esposo, a pesar de lo cual asegura haber logrado poner límites a las agresiones emocionales de su ex-pareja

La Señora Jazmín cuenta con cuatro hijos de este matrimonio con los que también ha enfrentado algunos conflictos, cuya raíz adjudica a su dificultad para expresar abiertamente sus emociones, mismos que se agudizaron ante la separación de su esposo. Sin embargo, indica que en estos momentos la relación ha mejorado de forma significativa, en parte debido a sus esfuerzos para incrementar sus interacciones en actividades familiares

#### **7. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL**

La Señora Jazmín acude de manera puntual y con un adecuado arreglo personal, acorde con su edad y desempeño profesional, en el que destaca un vestuario elegante y original en su combinación. Refleja buena capacidad intelectual, lenguaje fluido y tono de voz normal. Su discurso puede ser valorado cuantitativamente como normal. La organización formal del pensamiento es normal, pero se acompaña de ideas de autodesvalorización. La orientación del estado de ánimo, al igual que la expresión facial, tienden hacia la tristeza. La actividad motora se encuentra reducida en lo que parece un intento por controlar la expresión de sus sentimientos. Se encuentra orientada en espacio, tiempo y persona. La atención y la memoria son normales.

Su actitud hacia la entrevista es de cooperación, presenta adecuado contacto con la realidad y conciencia de enfrentar dificultades emocionales.

#### **8. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS**

La Señora Jazmín obtuvo los siguientes resultados en las pruebas aplicadas

A. Test de Ansiedad de Zung

Puntaje pregrupai = 46 (ansiedad moderada)

Puntaje postgrupai = 43 (ansiedad normal)

B. Test de Depresión de Zung

Puntaje pregrupai = 54 (depresión leve)

Puntaje postgrupai = 40 (ausencia de depresión)

C. Test 16 FP de Cattell

La prueba señala que, en términos generales, presenta los siguientes rasgos de personalidad

- Reservada y autosuficiente, mantiene actitudes intermedias en los contactos sociales, siendo capaz de crear buenos vínculos a nivel laboral aun cuando no le gustan las ocupaciones que exigen amplios contactos personales.
- Dogmática y de mentalidad independiente, tiende a ser austera, extrapunitiva y autontaria en el manejo de los otros, prefiriendo laborar con personas serias más que con las bromistas
- No necesariamente gregaria por decisión propia, colabora deficientemente con los grupos por los cuales suele no sentirse aceptada, tendiendo a seguir las directrices del mismo debido a que necesita sentirse aprobada socialmente
- De buena capacidad intelectual, responsable y organizada, tiende a ser rápida en la comprensión y aprendizaje de las ideas
- Practica y obsesivamente preocupada por los detalles y hacer las cosas correctamente, es renuente a aceptar apreciaciones subjetivas y tiende a trabajar sobre bases realistas

- Suele encontrar su vida gratificante, debido a que a lo largo de la misma ha sido capaz de llevar a cabo lo que desea, pero se encuentra insatisfecha con su capacidad de responder a las urgencias cotidianas
- No es dada a mantenerse en contacto con todo lo que ocurre a su alrededor, pues a menudo se encuentra complicada con su propio yo e interesada en obtener mayor comprensión de su vida íntima, sin embargo, tiende a mostrarse pobremente motivada a intentar cambios internos
- A pesar de que en ocasiones actúa de manera personal, orientada por sus propias necesidades, lo que contribuye a que su conducta sea percibida como poco social y desajustada, su tendencia a depender y necesitar de los demás puede llevarla a orientar su conducta hacia las personas que le dan soporte siendo capaz de ceder ante sus ideas
- Conservadora y respetuosa de las ideas tradicionales, moralista y juiciosa, basa su moral y sus modelos personales en valores fundamentales. Así, se preocupa de tener mucho control sobre sus emociones y conductas en general, ya que le interesa mantener una imagen pública respetable
- Clínicamente muestra voluntad de someterse al control de la sociedad por una gran necesidad de apoyo interpersonal y de guías externas en la mayor parte de las áreas de su vida.
- Si bien en términos generales se muestra sencilla, afable y dispuesta a cooperar, en ocasiones, se muestra indebidamente cauta y pesimista presentando sentimientos de inferioridad que le dificultan explicar sus opiniones en actividades sociales
- A pesar de que tiende a proyectar una apariencia de serenidad y seguridad en sí misma, presenta desadaptación a la vida relacionada clínicamente con

ansiedad y depresión significativas. Cuando se encuentra insatisfecha se muestra voluble, se turba fácilmente y manifiesta quejas somáticas variadas.

- Durante períodos prolongados de su niñez estuvo expuesta a niveles excesivos de estrés (experiencias traumáticas) que le han llevado a ser excesivamente sensible a las amenazas y a mostrar una actitud desadaptada ante la vida.

## 9. FORMULACIÓN

La Señora Jazmín experimenta períodos de ansiedad y depresión que se iniciaron durante su infancia y que vincula a los sentimientos de enojo, ira y placer experimentados durante los abusos sexuales que sufrió a mano de parientes con los que se vio forzada a interactuar durante una etapa de su crecimiento y a quienes previamente había visto como figuras de protección, sobre todo por el descuido en que se sentía sumida por unos padres totalmente sumergidos en los conflictos derivados de su problemática interacción marital. Así, crece en un clima familiar en el que existía poca afectividad y en el que no se sintió realmente querida ni protegida lo que le ha generado notable dificultad para confiar en su entorno y en sus propias capacidades. No obstante, se esfuerza en no admitir los sentimientos de enojo y frustración que esta situación le produce e intenta canalizarlos a través de una estricta práctica religiosa y un control ineficiente de sus impulsos agresivos, mismos que incrementan sus sentimientos de culpa sobre la experiencia del abuso.

Las dificultades confrontadas en su relación matrimonial, en la que se sintió nuevamente rechazada (experiencia ya vivida con sus figuras parentales), han exacerbado sus temores de no ser digna de ser amada y ser incapaz de rehacer su vida con una pareja más adecuada, factores que determinaron que se mantuviera

ansiosamente apegada a un vínculo marital en que las agresiones emocionales se incrementaron de forma peligrosa con el transcurrir de los años, al punto de que todavía se niega a dar por terminada la relación, a pesar de lo nociva que ha demostrado ser para su salud mental y emocional

En el vínculo con sus hijos repite inconscientemente la dinámica en la que ella misma creció, situación que incrementa sus sentimientos de culpa y autodesvalorización

## **10. DIAGNOSTICO PROVISIONAL**

Eje I F43.1 Trastorno por estrés postraumático crónico [309.81] (motivo de consulta)

F52.10 Trastorno por aversión al sexo de toda la vida, general y debido a factores psicológicos [302.79]

Eje II Z03.2 No hay diagnóstico, características de personalidad dependiente y evitativa [V71.09]

Frecuente uso de represión, formación reactiva y racionalización

Eje III **Dolores de cabeza**

Enfermedad de la piel (alergia Cutánea)

Enfermedad del sistema músculo-esquelético (problemas musculares)

Eje IV Víctima de abusos sexuales en la infancia.

Z63.8 Problemas paterno-filiales [V61.20]

Z63.0 Problemas conyugales [V61.1]

Eje V EEAG= 70

## **11. REPORTE DE SESIONES**

### **A. ETAPA DE SEGURIDAD (SESIONES 1-5)**

En esta etapa inicial se le observa evasiva en relación a sus sentimientos y haciendo pocas referencias a las dificultades que ha enfrentado para confiar en quienes le rodean. No obstante, comenta que la persona en quien más confió durante su infancia fue su madre, vínculo que posteriormente se deterioró cuando su progenitora se centró más en atender sus propias necesidades y las de su padre, señalamiento que encierra particular inconformidad al no creer a su progenitor merecedor de dichas atenciones por la forma en que actuaba con la familia (“él mentía”)

Al avanzar las sesiones, la Señora Jazmín admite que no es fácil para ella confiar en quienes la rodean, pues a lo largo de su vida se ha sentido manipulada y traicionada por personas en quienes confió y en consecuencia asevera que para defenderse procura mantenerse controlada cuando interactúa con su entorno. Sin embargo, señala que, a pesar de sus esfuerzos, siente que no siempre logra mantener el total control de sus pensamientos lo que facilita que el dolor emerja y ella entre en nuevas fases depresivas.

Aún en la quinta sesión resalta que se encuentra enfocada en no conectarse con sus sentimientos reales, por temor a las consecuencias que pudieran derivarse de tomar conciencia de su dolor y enojo.

## **B. ETAPA DE RECUERDO Y DUELO (SESIONES 6-11)**

Durante esta etapa se le observa tensa, con el rostro triste y llora al compartir con el grupo que tiene frecuentes pesadillas en las que se ve a sí misma ahogándose, lo que le ocasiona mucha angustia.

Manifiesta que el abuso le enseñó que era débil y que no se podía defender por sí misma, pues podía ser tocada por personas sin su consentimiento. Del mismo modo, indica que la vergüenza generada por esta

experiencia le enseñó a guardar silencio y a no confiar en su capacidad para tomar decisiones por sí misma, de forma que desarrolló una enorme sensación de vacío y temor a estar sola. Comenta que ahora comprende que siempre estuvo a la búsqueda de una figura protectora que le sirviese de apoyo para hacer frente a los problemas de la vida diaria y que por temor a la soledad aceptó la compañía de personas que también se aprovecharon de ella y la lastimaron de otras formas

En la séptima sesión, señala que creció sintiéndose emocionalmente distinta a las otras personas, percibiéndose a sí misma como una niña demasiado sensible y fácil de manipular, sensación que le ha hecho sentir impotente para defenderse cuando se aprovechan de su buena voluntad e incapaz de confiar en sí misma.

Aunque a lo largo de estas sesiones se le percibe evasiva en relación a sus sentimientos de ira, en lo que parece tener un papel fundamental el hecho de que se debate entre la confusión y los sentimientos de culpa cuando recuerda los pensamientos experimentados durante el abuso, asegura que ha logrado controlar en gran parte el enojo que los abusos sufridos le han causado. Sin embargo, paulatinamente, señala que la imposibilidad de decir "no" por temor a las consecuencias que pudieran derivarse de su negativa en diferentes ocasiones la ha llevado a llenarse de ira y explotar inapropiadamente, momentos en los que le ha hecho daño a otras personas y a sí misma.

En la décima sesión fue capaz de admitir que se sentía prisionera e impotente ante el enojo que le despierta recordar los abusos sexuales sufridos, asegurando que no sabe qué hacer cuando recuerda el asco que las acciones de sus agresores le provocaron. Agrega que se le hace más difícil manejar estos sentimientos porque después de admitir que odia a las personas que abusaron de

ella debe lidiar con los sentimientos de culpa que esta situación le despierta, mismos que son exacerbados por el temor a ser castigada por Dios debido a su incapacidad para perdonarlos. Actitud en la que se percibe ambivalencia hacia sus agresores, tanto como identificación con los mismos, toda vez que estos le brindaban el afecto y acercamiento que sus padres le negaban.

### C. ETAPA DE RECONEXIÓN (SESIONES 12-15)

Durante estas sesiones su rostro se mantiene tenso y triste, revelando, ocasionalmente, irritabilidad.

A lo largo de estas sesiones comenta más abiertamente sus sentimientos de decepción ante su figura materna por no haber sido más consciente de los peligros que ella y su hermana enfrentaban. Del mismo modo, manifiesta que le entristece recordar el temor que sentía de que su madre descubriera lo ocurrido y no sólo no la defendiera, sino que la culpaba de alguna forma.

En relación a la sexualidad expresa que este tema siempre le ha sido difícil de abordar, pues con el abuso aprendió que el sexo era sucio y algo de lo que debía avergonzarse. Con notable incomodidad acepta que en realidad ve las relaciones sexuales como una obligación más que como algo placentero, pues no sabe cómo establecer normas para que la intimidad sea segura para ella.

Finalizando las sesiones sus comentarios se centran en su necesidad de aprender a expresar afecto a sus familiares, pero manteniendo límites que le permitan asegurar que su integridad va a ser respetada. De igual modo, se plantea como metas el seguir aprendiendo a conocer más sus fortalezas y debilidades, desprenderse de las relaciones que en el pasado le hicieron daño y alcanzar mayor aceptación de los aspectos positivos y negativos de su vida,

cediendo en sus intentos de controlar las conductas de las personas que le rodean

PERFIL DEL CUESTIONARIO 16 FP

FACTOR	Puntuación bruta			Puntuación estándar	BAJA PUNTUACIÓN DESCRIPCIÓN	PUNTUACIÓN EN ESTENES ← Promedio →										ALTA PUNTUACIÓN DESCRIPCIÓN	
	Forma C	Forma D	Total			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
A					RESERVADO, DISCRETO, CRÍTICO, APARTADO, INFLEXIBLE (Soliloquio)	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	EXPRESIVO, AFECTUOSO, COMPLACIENTE, PARTICIPANTE (Sociabilidad)
B					MENOS INTELIGENTE, PENSAMIENTO CONCRETO (Baja capacidad mental escolar)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	MÁS INTELIGENTE, PENSAMIENTO ABSTRACTO, BRILLANTE (Alta capacidad mental escolar)
C					AFECTADO POR SENTIMIENTOS, MENOR ESTABILIDAD EMOCIONAL, PERTURBABLE (Obilidad del yo)	.	×	.	.	.	.	.	.	.	.	.	EMOCIONALMENTE ESTABLE, MAURO, SE ENFRENTA A LA REALIDAD (Fuerza superior del yo)
E					SUMISO, INDULGENTE, OBEDIENTE, DÓCIL, SERVICIAL (Sumisión)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	AFIRMATIVO, AGRESIVO, TERCO, COMPETITIVO (Dominante)
F					SOBRIO, TACITURNO, SERIO (Retraimiento)	.	×	.	.	.	.	.	.	.	.	.	DESPREOCUPADO, ENTUSIASTA (Impetuosidad)
G					ACTIVO, DESACATA LAS REGLAS (Superyó débil)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	ESCRUPULOSO, PERSISTENTE, MORALISTA, JUICIOSO (Superyó fuerte)
H					RECATADO, TÍMIDO, REPRIMIDO (Timidez)	.	.	.	×	.	.	.	.	.	.	.	AVENTURADO, DESINHIBIDO, GUSTO POR CONOCER GENTE (Audacia)
I					CALCULADOR, CONFIADO EN SÍ MISMO, REALISTA (Severidad)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	AFECTUOSO, SENSITIVO, DEPENDIENTE, SOBREPROTEGIDO (Sensibilidad emocional)
L					CONFIADO, ACEPTA CONDICIONES (Confianza)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	DESCONFIADO, SUSPICAZ (Desconfianza)
M					PRÁCTICO, TIENE PREOCUPACIONES REALES (Objetividad)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	IMAGINATIVO, BOHEMIO, DISTRÁIDO (Subjetividad)
N					INGENUO, SIN PRETENSIONES, SINCERO PERO SOCIALMENTE TORPE (Ingenuidad)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	ASTUTO, CULTIVADO, SOCIALMENTE CONSCIENTE (Astucia)
O					SEGURO DE SÍ MISMO, APACIBLE, SEGURO, COMPLACIENTE, SERENO (Adecuación sereno)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	APRENSIVO, AUTORECRIMINANTE, INSEGURO, PREOCUPADO (Propensión a la culpabilidad)
Q1					CONSERVADOR, RESPETUOSO DE LAS IDEAS ESTABLECIDAS (Conservadurismo)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	EXPERIMENTADOR, LIBERAL, PENSAMIENTO LIBRE (Radicalismo)
Q2					DEPENDIENTE DEL GRUPO, SE "ADHIERE", Y ES UN SEGUIDOR EJEMPLAR (Dependencia grupal)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	AUTOSUFICIENTE, RICO EN RECURSOS, PREFIERE SUS PROPIAS DECISIONES (Autosuficiencia)
Q3					INCONTROLADO, FLOJO, SIGUE SUS PROPIOS IMPULSOS, INDIFERENTE A LAS REGLAS (Indiferencia)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	CONTROLADO, FIRME FUERZA DE VOLUNTAD, ESCRUPULOSO SOCIALMENTE, COMPULSIVO (Control)
Q4					RELAJADO, TRANQUILO, NO FRUSTRADO, SERENO (Tranquilidad)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	TENSO, FRUSTRADO, IMPULSIVO, SOBREENCITADO (Tensión)

El esten 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 es obtenido por 2.3°/o 4.4°/o 9.2°/o 16.0°/o 19.1°/o 18.1°/o 18.0°/o 13.9°/o 12.0°/o 10.0°/o

## INFORME No. 5

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre Violeta

Edad rango de 50 a 59 años

Raza mestiza

Estado Civil unida

Religión católica

Nivel educativo universitario completo (área humanística)

Nivel social clase media

Ocupación en el área humanística

Personas con quienes vive esposo e hijos

### 2. QUEJA PRINCIPAL

La Señora Violeta asiste a la evaluación como requisito para el ingreso a la intervención grupal, señalando que desea comprender los sentimientos de infelicidad, baja autoestima y constante inquietud que enfrenta desde su adolescencia y que relaciona con los abusos sexuales sufridos en su infancia. De forma particular, indica que desea trabajar sobre su constante percepción de que “la vida no vale la pena” y mejorar su vida sexual, pues se le dificulta alcanzar el orgasmo (el cual ha disfrutado en pocas ocasiones)

### 3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

La Señora Violeta indica que fue abusada sexualmente por un hermano, el médico familiar y una persona que trabajaba cerca de su hogar, hechos que se dieron en eventos aislados cuando contaba entre cinco y diez años de edad, involucrando manoseos de los senos y besos incómodos. Manifiesta que no recuerda cómo se

iniciaron estos hechos, pero si el que experimentó temor a las consecuencias que podrían derivarse de negarse y, posteriormente, a ser culpada por lo ocurrido. Su familia sólo tuvo conocimiento del último abuso y la persona cumplió una pena legal por la acusación que presentaron.

Asegura que a pesar de que al iniciar la adolescencia comenzó a realizar fuertes esfuerzos para olvidar lo ocurrido, rehusándose incluso a abordar el tema, a lo largo de su vida ha sentido que el incesto domina su existencia a través de pesadillas y temores que le parecen fuera de lo normal, situación que la ha conducido a crisis de llanto al sentir que no puede lograr ningún control sobre lo que la rodea ni poner límites a las agresiones que experimenta en su interacción cotidiana.

Aún cuando ha acudido a algunas terapias individuales y grupales enfocadas en mejorar su desempeño cotidiano y autovaloración, informa que con anterioridad no ha recibido tratamiento específico para las consecuencias derivadas de los abusos sexuales sufridos ni siquiera por el caso que requirió su declaración dentro del proceso penal.

Con notable tristeza admite que con frecuencia en el pasado y relacionado a dos episodios de su vida en los que se sintió sola y sin valor alguno, tuvo ideas suicidas en las que fantaseó con lanzarse del Puente de las Américas, cortarse las venas, tomar una sobredosis de medicamentos o lanzar su carro contra un objeto fijo, pero asegura que en la actualidad no tiene estos pensamientos.

#### **4. HISTORIA DE ENFERMEDADES ANTERIORES**

La Señora Violeta informa que en términos generales cuenta con buena salud, pero que eventualmente sufre de fuertes dolores de cabeza, problemas estomacales, mareos y fatiga, condiciones que son atendidas por su médico de cabecera.

## **5. HISTORIA PERSONAL**

Informa que su embarazo y parto fueron normales y durante su crecimiento no presentó mayores dificultades a las molestias físicas ya señaladas. De su infancia y adolescencia resalta, además de los constantes enfrentamientos entre sus progenitores, el haber sido víctima de abusos sexuales por varias personas de su entorno familiar en quienes había confiado plenamente hasta ese momento, experiencias que intentó borrar de sus recuerdos infructuosamente y que constantemente revive en pesadillas

Indica que en su familia de origen, su padre asignaba vital importancia al rendimiento académico y que esto contribuyó a que ella fuera una excelente estudiante. Realizó estudios superiores en la Universidad de Panamá donde se graduó en una licenciatura del área humanística y posteriormente completó estudios de postgrado en su especialidad. En los últimos 25 años ha laborado en su campo de formación académica logrando, recientemente, un importante reconocimiento en su desenvolvimiento profesional que ha reforzado sus sentimientos de competencia, área en la que expresa confrontar frecuentes dudas

En relación a sus hábitos y costumbres, informa una ingesta social de bebidas alcohólicas, un uso eventual de cigarrillos y niega el uso de psicofármacos y drogas. Además, comenta que acostumbra practicar el trote de manera regular

## **6. HISTORIA FAMILIAR**

La Señora Violeta es la más pequeña y única mujer de los tres hijos procreados en el matrimonio de sus padres, quienes estuvieron casados por alrededor de 25 años, hasta el deceso de su progenitora, relación conyugal que recuerda teñida de agresiones físicas (destrucción de objetos, no golpes), emocionales y económicas

que su padre dirigía contra su madre. Manifiesta que esta atmósfera familiar determinó que en su hogar fueran escasas las expresiones de afecto, la comunicación fuese confusa y no se permitiese la expresión de sentimientos de tristeza o enojo ni siquiera en forma de quejas.

Afirma que durante su infancia la relación con su padre era la más cercana, pues sentía a su madre distante y poco protectora, situación que cambió al casarse y comenzar a interactuar con su madre en forma adulta. Asevera que entonces comprendió que su madre se deprimía por las agresiones que recibía de su padre y esto le permitió perdonarla y hacerse cargo de ella hasta su muerte. Del mismo modo, señala que cuidó de su progenitor hasta su fallecimiento el año pasado, pero admite que, a pesar de ser capaz de valorar sus cualidades como proveedor y, hasta cierto punto, como padre, aún le cuesta comprender y perdonar sus actuaciones como hombre.

El vínculo con sus hermanos es distante al momento presente, particularmente con el que la abusó de niña, quien mantiene una conducta de abierta hostilidad hacia ella, indicando que, a lo largo de su crecimiento e interacción, sintió que ambos se aprovecharon económica y emocionalmente de ella, al delegarle en forma exclusiva lo relativo al cuidado de sus padres, al mismo tiempo que cuestionaban las decisiones que ella tomaba al cumplir con esta labor.

La Señora Violeta se casó contando con 22 años de edad y de esta unión han nacido cuatro hijos, relación que se caracterizó por una comunicación inadecuada, agresiones emocionales (desvalorizaciones) e infidelidades (él tuvo un hijo paralelo al matrimonio) por parte de su cónyuge, situación que les llevó al divorcio pocos años después. No obstante, explica que, al año de la separación legal, decidieron renunciar la convivencia sin volverse a casar, condición en la que se han mantenido

durante los últimos quince años, a pesar de que en diferentes ocasiones le ha solicitado infructuosamente a su compañero que formalicen nuevamente su unión

Si bien la Señora Violeta asevera que después de la reconciliación su relación de pareja ha sido más armónica (“hay días buenos y malos”), admite sentirse rechazada por su pareja en la intimidad, pues su compañero adopta actitudes de total apatía o de gran brusquedad, ignorando sus necesidades o incomodidad, en interacciones que le recuerdan las experiencias de abuso sexual sufridas en la infancia

La Señora Violeta indica que enfrenta fuertes conflictos en la interacción con sus hijos, especialmente las mujeres, debido a que los mismos tienden a culparla de la atmósfera inestable en la que han crecido, situación que aún no ha podido solucionar toda vez que su esposo refuerza esta creencia, apoyado en el silencio que ella guarda sobre sus agresiones, y acostumbra a desautorizarla frente a sus hijos

#### **7. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL**

La Señora Violeta acude de manera puntual y con un buen arreglo personal, adecuado para su edad y profesión. Refleja buena capacidad intelectual, lenguaje fluido y tono de voz bajo. Su discurso puede ser valorado cuantitativamente como normal. La organización formal del pensamiento es normal, pero se destaca la presencia de persistentes ideas de autodesvalorización y pesimismo. La orientación del estado de ánimo tiende hacia la tristeza, al igual que la expresión facial. La actividad motora es normal. Se encuentra orientada en espacio, tiempo y persona. La atención y la memoria son normales.

Se muestra cooperadora durante la evaluación, presenta adecuado contacto con la realidad y conciencia de enfrentar dificultades psicológicas.

## **8. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS**

La Señora Violeta obtuvo los siguientes resultados en las pruebas aplicadas

### **A Test de Ansiedad de Zung**

Puntaje pregrupal = 65 (ansiedad moderada)

Puntaje postgrupal = 59 (ansiedad mínima)

### **B Test de Depresión de Zung**

Puntaje pregrupal = 59 (depresión leve)

Puntaje postgrupal = 68 (depresión marcada)

### **C Test 16 FP de Cattell**

La prueba señala que, en términos generales, presenta los siguientes rasgos de personalidad

- Mantiene actitudes intermedias en las ocupaciones que exigen involucrarse en amplios vínculos interpersonales
- Responsable, tiende a ser austera y autoritaria en el manejo con los demás, pero a menudo su tendencia a la dependencia la lleva a ceder a las ideas de los otros, mostrándose dócil y conforme
- A pesar de no ser gregaria por elección propia, tiende a seguir las directrices del grupo, mostrando incluso falta de decisiones personales debido a su imperiosa necesidad de apoyo y aprobación social
- Si bien posee una capacidad intelectual normal, su desempeño se encuentra limitado por la influencia de factores emocionales que le hacen adoptar actitudes idealistas y soñadoras por encima de las preocupaciones reales
- Aun cuando tiende a ser de carácter exigente y dominada por el sentido del deber, suele ser inestable en sus propósitos, expresando falta de motivación

para intentar cambios y llevar a cabo las tareas difíciles lo que puede interferir con su nivel de rendimiento y desarrollo profesional

- Atenta a los problemas prácticos y preocupada por hacer las cosas correctamente, es capaz de serenidad en situaciones de emergencia, pero puede estar insatisfecha con su capacidad de responder a las responsabilidades diarias y con el nivel de éxito obtenido en sus metas
- Si bien es cierto que puede llevar a cabo acciones sin atender a las exigencias culturales, es conservadora y respetuosa de las ideas tradicionales y se apega a lo conocido aun cuando se le presenten mejores opciones. Se opone a los cambios
- A pesar de tener una capacidad moderada para confiar, la mayor parte del tiempo se muestra desconfiada y ambigua, actuando con premeditación y desapegada de los otros
- Alejada, cautelosa y con sentimientos de inferioridad es renuente a expresarse en las actividades sociales y tiende a mantener un grupo reducido de amistades, prefiriendo mantener pocos amigos íntimos
- Interesada en su vida mental íntima, tiende a ser reprimida e introspectiva, siendo percibida como estradamente correcta.
- Poco tolerante ante la frustración, cuando se encuentra ante condiciones poco satisfactorias se vuelve voluble, evade la realidad y presenta síntomas neuróticos. Presenta tendencia infantil a la ansiedad
- Bajo una apariencia plácida puede sentirse afectivamente desajustada, presentando tendencia al afecto depresivo y preocupaciones sobre perder a seres queridos o daños por ocurrir

- Durante periodos prolongados de su niñez estuvo expuesta a niveles excesivos de estrés (experiencias traumáticas) que le han llevado a ser excesivamente sensible a las amenazas y a mostrar una actitud desadaptada ante la vida.

## 9. **FORMULACIÓN**

La Señora Violeta enfrenta frecuentes periodos de depresión y ansiedad que se iniciaron en su infancia tardía, relacionados con su crecimiento en una atmósfera familiar violenta en la cual, además, fue víctima de agresiones sexuales por parte de personas a quienes había acudido en busca de protección y afecto

A pesar de que se atrevió a relatar lo sucedido con el abusador menos cercano afectivamente a ella, presenciar como esta revelación perturbó a sus familiares le hizo preferir guardar silencio sobre los abusos cometidos por los otros agresores, decisión que contribuyó a que creciera culpándose por lo acaecido y siendo incapaz de exteriorizar adecuadamente el fuerte enojo que experimenta hacia sus padres (por no cuidarla mejor) y abusadores (por traicionar la confianza puesta en ellos) Así, desarrolla rasgos depresivos y de ansiedad ante un medio que percibe como peligroso y que le exige mantenerse en constante estado de alerta para protegerse de futuras agresiones

De forma adicional, se observa que al entrar a la adolescencia y ante la ausencia de un vínculo positivo con sus figuras parentales, empezó un proceso de desvalorización personal que le impidió discriminar adecuadamente entre los pretendientes que tenía y decidir, por creer no merecer nada mejor, quedarse con uno que desde el noviazgo se mostró emocionalmente agresivo con ella. De esta forma se encontró repitiendo el ciclo de violencia marital y los sentimientos de

rechazo experimentados previamente con sus padres, situación agravada por la actitud dominante asumida por su esposo en la intimidad, que despierta sus recuerdos infantiles de ser tocada sin consideración a sus sentimientos y le dificulta obtener total satisfacción en la intimidad, resultado del que su esposo no asume ninguna responsabilidad, tal como no lo hiciera de las dificultades que les condujeron al divorcio

Es tal su autodesvalorización y temor a sufrir nuevas pérdidas que se muestra ampliamente tolerante con las agresiones de su entorno, reprimiendo sus sentimientos de enojo, los cuales dirige contra sí misma, pues cree que de otra forma le será difícil obtener el afecto de los demás. Sin embargo, frustrada al no recibir el cariño tan anhelado se sumerge en un estado depresivo en el que resalta una fuerte fantasía autolítica, mecanismo que si bien puede estar dirigido a evitar el temido abandono también implica un riesgo que no debe ser desestimado

Cabe señalar que los hijos de la Señora Violeta son una fuente adicional de conflictos, pues, molestos por la amplia tolerancia de su madre hacia las agresiones de su progenitor, tienden también a menospreciarla y sólo relacionarse con ella a fin de cubrir sus necesidades materiales puntuales, dinámica favorecida por la pasividad y dependencia de la Señora Violeta

#### **10. DIAGNÓSTICO PROVISIONAL**

Eje I F43.1 Trastorno por estrés postraumático crónico [309.81] (motivo de consulta)

F52.3 Trastorno orgásmico femenino de toda la vida, general y debido a factores psicológicos [302.73]

Eje II Z03.2 No hay diagnóstico, características de personalidad dependiente, evitativa y obsesivo-compulsiva [V71.09]

Frecuente uso de devaluación, formación reactiva y represión

Eje III Dolores de cabeza

Enfermedad del sistema digestivo

Eje IV Víctima de abusos sexuales en la infancia.

Z63.8 Problemas paterno-filiales [V61 20]

Z63.0 Problemas conyugales [V61 1]

Eje V EEAG= 70

## **11. REPORTE DE SESIONES**

### **A. ETAPA DE SEGURIDAD (SESIONES 1-5)**

En esta etapa su rostro se mantiene tenso y triste, llorando fácilmente al escuchar a sus compañeras comentar sus experiencias. Se muestra muy perturbada al abordar el tema de cómo la afectó la relación conflictiva con su madre, momentos en que tiende a asumir posturas y gestos infantiles, negándose a ventilar abiertamente el enojo que aún siente por ella, a pesar de admitir que culpa a su madre por no haberla protegido mejor

Al abordar el tema de la confianza, durante la segunda sesión, afirma que su dificultad para confiar la ha llevado a ser muy insegura y a siempre preguntar la opinión de los demás, por no creerse capaz de tomar buenas decisiones. No obstante, con sus hijos asume una conducta de mucho control con el afán de protegerlos, misma que le ha causado fuertes roces con los mayores

Durante la cuarta sesión manifiesta que destacarse como profesional y como madre han sido los dos fundamentos de su autoestima, pero que se encuentra llena de dudas sobre su desempeño en ambas áreas, a pesar de ser consciente de sus logros en las mismas

Durante la quinta sesión señala con marcada tristeza creer que, en parte, los abusos sexuales sufridos ocurrieron debido a que creció sintiéndose sola, pues su madre estaba enferma y su padre se dedicaba a ser el proveedor del hogar, de forma que fue fácil para sus agresores acercarse a ella

Al surgir, durante la última sesión de esta etapa, el tema de la necesidad de hacer cambios en la vida para que esta sea más satisfactoria, se muestra muy ansiosa mientras comenta que los cambios son muy dolorosos

## **B. ETAPA DE RECUERDO Y DUELO (SESIONES 6-11)**

Durante las sesiones se observa tensa, triste y nerviosa (se muerde las uñas y labios, además cierra los puños), llora al hablar de las pesadillas que tiene y en las que se ve perseguida por monstruos

Durante la séptima sesión se culpa de los abusos sexuales sufridos en la infancia por “confiar demasiado” en esas personas, pero también responsabiliza a sus padres por creer que la soledad en que la tenían facilitó que fuese abusada por sus agresores y que guardara silencio por el deseo de proteger a su familia.

Se muestra ambivalente en relación a indicar si sus padres la querían o no, particularmente respecto a su madre de quien dice que no la quiso y después señala que sí la cuidó y hasta cierto punto la protegió. No obstante, se mantiene constante en la percepción de que le faltó más amor durante su infancia.

Recordando cómo se sentía en la infancia se vuelve regresiva, utilizando palabras en diminutivo (“mami” y su apodo “bibi”), y comenta que sus muñecas eran sus amigas secretas, las únicas a las que podía contar lo que le ocurría. Agrega que se sentía presa del dolor por no poder compartir su sufrimiento con otras personas y culpable por guardar el secreto

Durante la octava sesión, por iniciativa propia y llorando, comparte con el grupo que en el pasado ha hecho varios intentos suicidas y que con frecuencia fantasea acabar con su vida. Afirma que a raíz de las sesiones grupales se ha percatado de la asociación entre la tristeza y la rabia que experimenta, de forma que cuando el dolor emerge se siente paralizada y esto la enoja, volviéndose agresiva consigo misma por ser tan débil, momentos en que se convence de que no vale nada y que sería mejor morir. No obstante, señala que se siente mejor en esa etapa de la intervención en comparación a como se ha sentido en los últimos cuatro meses. Si bien admite que aún tiene fantasías suicidas, niega odiarse a sí misma

Durante la novena sesión afirma que de niña se sentía tratada “un poco raro” por sus cambios de ánimo de “un extremo a otro”, mismos en los que se ha sentido con dos personalidades, situación que ahora entiende como resultado de sus sentimientos de culpa por el abuso sufrido y la tristeza que le producían los conflictos entre sus padres, los que no quiso empeorar revelando las agresiones sexuales que estaba sufriendo. Añade que estas experiencias contribuyeron a que consolidara una imagen devaluada de sí misma que era reforzada por su autocalificación de “loca” por ser “hija de una mujer depresiva”

Señala que aun cuando no se sentía sucia, sí creció sintiéndose diferente a los demás, sobre todo por su autopercepción de ser impotente, sin valor e indefensa como una niña

Recuerda que durante el abuso se sintió paralizada y muy sola, temerosa de ser cuestionada por lo ocurrido no siendo hasta la vida adulta que comenzó a comprender el daño que había recibido

Durante la décima sesión verbaliza el enojo que siente hacia sus abusadores con dificultad, pero al hacerlo les desea la muerte por el daño que le causaron a su autoestima y el dolor enorme que se sintió obligada a esconder. Le pide ayuda a Dios para superarlo y agradece lo que pudo lograr con su vida, a pesar de estas vivencias, admitiendo que hubo experiencias positivas además de las negativas en su infancia.

Confiesa no haber compartido totalmente con su terapeuta individual la extensión de los abusos sexuales sufridos durante su infancia y se compromete a hacerlo en su próxima cita, sobre todo por su deseo de comprender y canalizar sus sentimientos de ira en formas más adecuadas.

Durante la onceava sesión comenta que se le dificulta sentirse a gusto realizando actividades para su propia satisfacción y que tiende a sentirse obligada a complacer a otros por encima de sus propias necesidades, conducta a la que se siente principalmente presionada por su esposo e hijos mayores.

Indica que hasta ahora no había comprendido cómo utilizaba el trabajo de forma compulsiva para evadir los recuerdos dolorosos y llenar sus vacíos de afecto, pero que, a pesar de esto, no puede evitar entrar en períodos de insomnio, extremo cansancio y depresión cuando los recuerdos le abrumen.

### **C. ETAPA DE RECONEXIÓN (SESIONES 12-15)**

Con el rostro triste y frecuente llanto, comenta durante la doceava sesión que aprendió a evadir su dolor como forma de sobrevivir y que ahora entiende que debe admitir los aspectos de su vida que no le son gratificantes. De forma particular, señala que ve el futuro al lado de su esposo como incierto, debido a su actitud agresiva con ella y esto le produce mucho dolor, pues le gustaría que pudiesen acudir a terapia de pareja, medida a la que él se niega.

En el tema de la sexualidad dice irritada y triste que siempre ha persistido la sensación de no ser querida, valorada o comprendida lo que la ha expuesto a reaccionar excesivamente a los comentarios negativos que su esposo le hace, mismos que la entristecen y luego la enojan al vivir la tristeza como sinónimo de debilidad y vulnerabilidad

Admite que las relaciones sexuales le son extremadamente difíciles por haber aprendido, con el abuso sexual, que disfrutar de las relaciones sexuales le hacían ser mala, morbosa y pecadora. Explica que se debate entre ser muy audaz o muy reprimida siéndole imposible compartir con su pareja sus necesidades y temores, pues lo percibe indiferente con sus opiniones.

En las etapas finales de la intervención, enfoca entre sus principales metas para el futuro el ser capaz de compartir más abiertamente sus sentimientos, aprender a comunicarse mejor con sus familiares y continuar trabajando en reforzar sus sentimientos de seguridad, aspiraciones a las que cree poder acceder si continúa acudiendo a la terapia individual en la que está involucrada, tomando en cuenta aspectos de sí misma de los que se ha vuelto más consciente a raíz de la intervención grupal

PERFIL DEL CUESTIONARIO 16 FP

FACTOR	Puntuación bruta			Puntuación estándar	BAJA PUNTUACIÓN DESCRIPCIÓN	PUNTUACIÓN EN ESTENES → Promedio ←										ALTA PUNTUACIÓN DESCRIPCIÓN	
	Forma C	Forma D	Total			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
A					RESERVADO, DISCRETO, CRÍTICO, APARTADO, INFLEXIBLE (Soliloquio)	↓	↓	↓	X	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	EXPRESIVO, AFECTUOSO, COMPLACIENTE, PARTICIPANTE (Sociabilidad)
B					MENOS INTELIGENTE, PENSAMIENTO CONCRETO (Baja capacidad mental escolar)	.	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	MÁS INTELIGENTE, PENSAMIENTO ABSTRACTO, BRILLANTE (Alta capacidad mental escolar)
C					AFECTADO POR SENTIMIENTOS, MENOR ESTABILIDAD EMOCIONAL, PERTURBABLE (Débilidad del yo)	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	EMOCIONALMENTE ESTABLE, MADURO, SE ENFRENTA A LA REALIDAD (Fuerza superior del yo)
E					SUMISO, INDULGENTE, OBEDIENTE, DÓCIL, SERVICIAL (Sumisión)	.	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	AFIRMATIVO, AGRESIVO, TERCO, COMPETITIVO (Dominante)
F					SOBRIO, TACITURNO, SERIO (Retraimiento)	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	DESPREOCUPADO, ENTUSIASTA (Impetuosidad)
G					ACTIVO, DESACATA LAS REGLAS (Superyó débil)	.	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	ESCRUPULOSO, PERSISTENTE, MORALISTA, JUICIOSO (Superyó fuerte)
H					RECATADO, TÍMIDO, REPRIMIDO (Timidez)	.	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	AVENTURADO, DESINHIBIDO, GUSTO POR CONOCER GENTE (Audacia)
I					CALCULADOR, CONFIADO EN SÍ MISMO, REALISTA (Severidad)	.	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	AFECTUOSO, SENSITIVO, DEPENDIENTE, SOBREPROTEGIDO (Sensibilidad emocional)
L					CONFIADO, ACEPTA CONDICIONES (Confianza)	.	.	.	.	X	.	.	.	.	.	.	DESCONFIADO, SUSPICAZ (Desconfianza)
M					PRÁCTICO, TIENE PREOCUPACIONES REALES (Objetividad)	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	IMAGINATIVO, BOHEMIO, DISTRAÍDO (Subjetividad)
N					INGENUO, SIN PRETENSIONES, SINCERO PERO SOCIALMENTE TORPE (Ingenuidad)	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	ASTUTO, CULTIVADO, SOCIALMENTE CONSCIENTE (Astucia)
O					SEGURO DE SÍ MISMO, APACIBLE, SEGURO, COMPLACIENTE, SERENO (Adecuación serena)	.	.	.	.	X	.	.	.	.	.	.	APRENSIVO, AUTORECRIMINANTE, INSEGURO, PREOCUPADO (Propensión a la culpabilidad)
Q1					CONSERVADOR, RESPETUOSO DE LAS IDEAS ESTABLECIDAS (Conservadurismo)	.	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	EXPERIMENTADOR, LIBERAL, PENSAMIENTO LIBRE (Radicalismo)
Q2					DEPENDIENTE DEL GRUPO, SE "ADHIERE", Y ES UN SEGUIDOR EJEMPLAR (Dependencia grupal)	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	AUTOSUFICIENTE, RICO EN RECURSOS, PREFIERE SUS PROPIAS DECISIONES (Autosuficiencia)
Q3					INCONTROLADO, FLOJO, SIGUE SUS PROPIOS IMPULSOS, INDIFERENTE A LAS REGLAS (Indiferencia)	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	CONTROLADO, FIRME FUERZA DE VOLUNTAD, ES CRUPULOSO SOCIALMENTE, COMPULSIVO (Control)
Q4					RELAJADO, TRANQUILO, NO FRUSTRADO, SERENO (Tranquilidad)	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	TENSO, FRUSTRADO, IMPULSIVO, SOBREENCITADO (Tensión)

El estándar 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 es obtenido por 23% 44% 82% 160% 101% 100% 100% 100% 100% 100%

## **D. INFORME DE LA INTERVENCION GRUPAL**

A continuación, relataremos los aspectos más sobresalientes observados en la interacción grupal durante el desarrollo de las tres etapas identificadas en el programa utilizado, de forma que se pueda observar el clima emocional existente durante cada etapa, la dinámica de conducta mantenida y los temas que surgían y centraban la atención de las sobrevivientes durante las sesiones. De forma previa a la presentación de estos datos, brindaremos información concerniente a las condiciones en que se desarrolló la relación terapéutica, misma que ha demostrado ser de suma importancia en la atención profesional de las sobrevivientes adultas de incesto.

### **1. La Alianza y el Contrato Terapéuticos**

Con la meta de asegurar adecuados niveles de confianza con las sobrevivientes de incesto, a fin de lograr una buena alianza terapéutica, empezamos desde la entrevista inicial por garantizar que la información que nos brindaran sobre sus experiencias y dificultades sería manejada dentro de las normas éticas dictadas por nuestra profesión y sería presentada evitando brindar detalles que pudiesen facilitar su identificación.

La seguridad del ambiente terapéutico se reforzó a través del establecimiento de normas que fueron explicadas durante la entrevista inicial y reforzadas durante las sesiones grupales, aspectos entre los que se contemplaron temas como el tipo de intervención a desarrollar, el horario a seguir, la clase de actividades que se iban y no se iban a utilizar, la responsabilidad de cumplir con las tareas asignadas, la importancia de no ausentarse ni llegar tarde, las condiciones para el contacto físico y telefónico, la libertad de participar tanto o tan poco como quisieran, los planes de

autocuidado y el control recíproco, a fin de garantizar que el respeto a las normas se mantuviera

En este mismo sentido, cabe indicar que el lugar donde se desarrollaron las entrevistas iniciales y las sesiones grupales era un salón con muebles cómodos, adecuada acústica, ventilación e iluminación, rodeado de vegetación natural y con poco tránsito de personas y autos en el exterior del edificio, de forma tal que había poca interferencia de sonidos circundantes, entorno en el que se les dio libertad para elegir el espacio en el que querían ubicarse a lo largo de las sesiones

No menos importante para establecer la alianza terapéutica fue transmitir a las sobrevivientes, desde el inicio de la intervención, una actitud confiada sobre sus fortalezas personales para resolver sus dificultades, que podían expresar libremente sus experiencias y sentimientos toda vez que estábamos acostumbradas a escuchar este tipo de experiencias, que no las culparíamos ni juzgaríamos por lo que compartieran y que nos mantendríamos a su lado de forma incondicional

Una vez establecida la alianza terapéutica, se abordó de forma grupal lo referente al tiempo estipulado para las sesiones y las fechas de las mismas, abriendo la posibilidad de modificar, en la primera sesión, el horario de esta intervención

De forma adicional, se procedió a explicar las condiciones en las que se podría referir a las sobrevivientes a otras atenciones profesionales de forma paralela a la intervención grupal, recomendar el retiro si observábamos situaciones de riesgo para su condición emocional e inclusive la necesidad de contar con un terapeuta individual al cual poder acudir si los temas se volvían muy dolorosos

## **2. La Transferencia y la Contratransferencia**

Desde el inicio de la relación terapéutica se observó la dificultad de las participantes para confiar en las facilitadoras resaltando por momentos que, como resultado de sus esfuerzos para enfrentar los recuerdos traumáticos, nos adscribían de forma ambivalente características de sus figuras parentales, resaltando las transferencias negativas relacionadas a la imagen materna y los fuertes sentimientos de enojo contenidos al respecto de la misma, actitudes que, por otra parte, fueron útiles para lograr una mayor comprensión de sus dificultades para interactuar socialmente

Ante sus resistencias iniciales, expresadas en actitudes de sospecha o excesiva complacencia, fue importante, tal como lo señalan especialistas del tema, adoptar una posición de aceptar su desconfianza sin tomarlo como algo personal al mismo tiempo que les aclarábamos cómo el temor a ser lastimadas nuevamente por una persona de confianza intervenía en las mismas, a fin de que pudieran entenderlas y aceptarlas. Así, ante las fuertes dificultades que enfrentaban para confiar, procuramos mantener a lo largo del tratamiento una transferencia positiva, tratando de transmitirles que estábamos realmente interesadas en ayudarlas a mejorar su problemática emocional

Otro aspecto sobresaliente sobre la transferencia se observó durante la segunda etapa de las sesiones grupales, cuando las participantes compartieron tener muchos sueños cuyos contenidos les inquietaban, los cuales, si bien no fueron analizados dentro de patrones psicoanalíticos, nos permitieron vislumbrar algunos aspectos transferenciales que se desarrollaban durante esa etapa. Esta situación favoreció una mayor comprensión de sus dificultades internas, a través de la identificación de las

creencias y sentimientos internalizados como resultado de la experiencia del incesto, y enfocar el proceso grupal atendiendo las necesidades particulares de cada una

De igual manera, fue importante observar, sobre todo en la tercera etapa, cómo constantemente comprobaban la capacidad de confiar en el grupo, las transferencias de los patrones de interacción y comunicación ambiguos aprendidos en las familias de origen y cómo, en el caso particular de dos de las participantes, se reactuaba el vínculo conflictivo sostenido con una de las hermanas, experiencia a partir de la cual empezamos a hacer explícitas las proyecciones de algunos aspectos del autoconcepto que las sobrevivientes dirigían a algunas integrantes o a todo el grupo, para explorar su origen y modificarlas, medida que nos permitió orientarlas a desarrollar una experiencia emocional más adecuada.

Cabe señalar que un aspecto que se debió cuidar a lo largo de la intervención fue la resistencia de las sobrevivientes, expresada a través de la idealización del terapeuta, lo que en gran medida se logró con la co-terapia y clarificando las situaciones en que esto ocurría, pues esto podía llevar a las sobrevivientes a desarrollar una transferencia extrema y excesiva dependencia, impidiéndoles fortalecer su sentido de valor personal

En relación a la contratransferencia, debemos señalar que en todo momento tuvimos presente las fuertes reacciones que las sobrevivientes podrían despertar en las co-facilitadoras en función de su intenso dolor, de forma que evitábamos reaccionar de forma alterada ante sus expresiones de enojo, involucramos de forma exagerada o mantener una excesiva distancia, expresar una curiosidad inadecuada o adoptar actitudes de enjuiciamiento, incredulidad ante sus comentarios o sobreprotección

Para lograr este objetivo fue importante haber mantenido límites apropiados en el apoyo que se les podía brindar, haber compartido la responsabilidad con otra co-

facilitadora, contar con apoyos externos para consultas y haber realizado un trabajo personal previo, con miras a evitar resonancias con conflictos previos

Sin embargo, debemos indicar también que las contratransferencias despertadas por las sobrevivientes fueron una importante fuente de información para comprender sus experiencias y sentimientos hacia las mismas, situación que demostró ser de vital importancia al abordar las dificultades expresadas en el vínculo con la figura materna. Así, comprobamos que estos sentimientos nos permitieron brindarles una retroalimentación más empática sobre su mundo interno e incrementar su entendimiento sobre cómo repetían los patrones de interacción aprendidos en sus familias de origen con lo que contribuían a mantener vigentes las dificultades emocionales de su infancia.

### **3. Reporte de las Sesiones Grupales**

Antes de proceder a desarrollar los principales aspectos observados durante la intervención grupal, cabe indicar que debido a que se siguió un modelo de tiempo limitado con un formato estructurado, aunque flexible según las necesidades de las sobrevivientes, más que profundizar en temas específicos, la intervención se centró en las defensas e interacción entre las participantes como herramientas para promover su comprensión sobre los patrones actuales de conducta que interfieren con su desenvolvimiento adulto e incrementan sus niveles de depresión y ansiedad. En este contexto es oportuno indicar que, durante la intervención grupal, se les reflejó que cada una lograría cambios en función de su compromiso con el tratamiento y su ritmo personal, teniendo como base metas realistas en cuanto a lo que esperaban modificar.

#### **A. Etapas de Seguridad:**

En esta etapa se trabajó en la creación de una atmósfera de seguridad y aceptación mutua en la que las sobrevivientes pudiesen reconocer las fortalezas que les permitieron sobrevivir en el pasado, incrementar su autoestima y mejorar sus relaciones interpersonales como paso previo a las tareas a asumir en las próximas fases. Partiendo de esta meta, en la sesión inicial se abordaron nuevamente las reglas que regirían la intervención grupal, particularmente las relativas a la asistencia y puntualidad, elementos necesarios para garantizar la estabilidad, a través de la cual se podía desarrollar la confianza entre ellas.

Como aspectos sobresalientes se observó que las sobrevivientes se presentaban a las primeras sesiones tensas, nerviosas y cautelosas en sus comentarios, expresando preocupación respecto a cuánto debían compartir de sus recuerdos, admitiendo abiertamente sus dificultades para confiar y el temor a ser traicionadas y heridas nuevamente. No obstante compartir estos señalamientos, las sobrevivientes fueron consistentemente renuentes en relacionar estas condiciones con la dificultad para confiar en lo interno de sus familias de origen, cuidándose de no cuestionar abiertamente a sus figuras parentales aun cuando insinuaban algunas molestias respecto a las mismas.

Al hablar sobre el riesgo de suicidio, la actitud general fue de evasión y tensión, estados que se observaron incluso al redactar el contrato de no suicidio, comentando durante el desarrollo del tema que se les dificultaba hablar de la muerte, pues intentaban no recordar las etapas de depresión e ideaciones suicidas por las que habían atravesado de forma previa debido a que la sensación de no estar en control de sus vidas había sido muy atemorizante.

En sesiones posteriores, las sobrevivientes también compartieron abiertamente los sentimientos de enojo que les despertaban las situaciones que percibían muy directivas, ya que les recordaban las manipulaciones e intrusiones que sufrieron durante los abusos sexuales, y a nivel de la quinta sesión se mostraron cada vez más espontáneas al hablar de sus experiencias traumáticas, indicando con mucha tensión que les perturbaba no poder decir no a quienes sentían que las utilizaban, lo que era particularmente cierto en relación a sus familias de origen, pues temían no ser queridas si no cedían a las demandas que recibían

Otro tema que demostró representar una dificultad particular para las participantes fue el relativo a su autoestima, condición que se reflejó en limitaciones para pensar positivamente de sí mismas, identificar sus cualidades y dibujar un autorretrato, tarea esta última ante la que respondieron dibujándose vagamente y adoptando una actitud indiferente. En relación a este aspecto, cabe destacar que las sobrevivientes expresaron una preocupación excesiva por su apariencia personal, sobre todo en lo relativo a mantenerse delgadas, actitud en la que se infería un rechazo hacia sus cuerpos

Cabe señalar que, a pesar de las indicaciones iniciales, durante esta etapa se confrontaron conflictos debido a la impuntualidad de algunas participantes, los intentos de otras de prolongar las sesiones más allá de la hora de finalización y las variaciones en la hora del receso, situaciones que fueron planteadas por algunas sobrevivientes y corregidas recordando la importancia de respetar los lineamientos establecidos y asumiendo las participantes la organización del refrigerio y receso

#### **B. Etapa de Recuerdo y Duelo:**

Durante esta etapa el grupo se adentró en el trabajo de abordar los recuerdos dolorosos, labor que se realizó dando prioridad a los efectos actuales y la disfunción

familiar vivida como consecuencia del incesto, las creencias distorsionadas en las que fueron criadas y en identificar y completar los duelos resultantes de esta situación

Es importante indicar que durante esta fase se trabajaron los recuerdos desde un punto de vista adulto, situando los abusos en el pasado, al mismo tiempo que se fomentaba su capacidad para controlar el presente y el pasado, proceso que requirió que se les brindara contención a cada una de las sobrevivientes de forma individual y conjunta. En estas condiciones se les estimuló a participar en la medida de sus capacidades, respetando sus silencios y ayudándolas a desarrollar confianza en su capacidad interior para detenerse cuando sintieran que lo necesitaban, medida con la que también se buscaba que logaran mayor control sobre sus respuestas emocionales.

De este período destaca que, tal como se espera, de acuerdo a los señalamientos de Courtois (1988), Herman (1992) y Batres (1997), las sobrevivientes comenzaron a reportar con notable tensión, tristeza y ocasional llanto, experimentar frecuentes pesadillas y recuerdos intrusivos que les producían mucha ansiedad y les llevaban a considerar no continuar asistiendo a la intervención grupal por sentir que, en vez de mejorar, sus síntomas se agravaban. A pesar de que sus preocupaciones al respecto disminuyeron al ayudarlas a comprender que esto era resultado del nivel de intimidad que estaban alcanzando, sus temores no desaparecieron totalmente y ellas siguieron comunicando, a lo largo de esta etapa, una experiencia colectiva de pesadillas que implicaban sentimientos de desprotección, impotencia y persecución.

Otro tema en el que se observaron dificultades fue en el relativo al papel jugado por las creencias en las que fueron criadas las participantes en la experiencia del incesto y sus sentimientos actuales respecto a las mismas, momento en que se buscó

revisar y cambiar aquellas que reforzaban patrones de impotencia y desesperanza por las que enfatizaran mayor autoaceptación y autocuidado, intervención destinada a hacerlas más conscientes de las fortalezas con las que contaban

En esta fase también resaltó que las sobrevivientes enfrentaban constantes preocupaciones respecto a las conductas inconscientes que les han impedido progresar personal y profesionalmente, siendo llamativo que aquellas situaciones que implicaban a figuras de autoridad masculinas eran percibidas como las más frustrantes y desvalorizantes para ellas, asumiendo, en cambio, actitudes de hostilidad hacia las figuras femeninas que eran vistas como poco confiables, hallazgo ante el cual se les dirigió a observar cómo podían estar proyectando en sus relaciones sociales y laborales la dinámica vivida con sus figuras parentales, medida destinada a ayudarlas a lograr un desempeño más adecuado en ambos ambientes

Las sobrevivientes empezaron, paulatinamente, a hacer señalamientos sobre las fuertes necesidades que experimentaban, como consecuencia de las experiencias vividas en su infancia, para sentirse en libertad de entrar en contacto con sus sentimientos y poder manifestarlos abiertamente, mismos entre los que destacaron los de tristeza, culpa, vergüenza, miedo e inseguridad, sus temores a equivocarse y estar fuera de control y la ambivalencia respecto a los sentimientos de hostilidad y enojo. Tales vivencias se pudieron expresar con mayor facilidad utilizando el ejercicio de “la niña interior”, a través del cual pudieron entrar en contacto con el dolor reprimido y conectar sus sentimientos actuales con el trauma pasado, experiencia que comentaron les ayudó a sentirse con mayor dominio sobre sus emociones

Al obtener mayor confianza, las sobrevivientes se atrevieron a expresar más abiertamente sobre los sentimientos de ira que han acumulado a lo largo de sus

vidas, mismos ante los que experimentan culpa e impotencia y los que frecuentemente intentan reprimir y negar, ante la convicción de que son la prueba palpable de las malas personas que son. En relación a este punto manifestaron dificultades para dirigir directamente su enojo hacia quienes las abusaron sexualmente, llorando al elaborar la “carta al abusador” lo que explicaron como resultado de no haber tenido la oportunidad de confrontar previamente a sus agresores

Igual intensidad toman sus señalamientos acerca de los sentimientos de vacío y las carencias experimentadas en la infancia ante lo que siempre quisieron y nunca obtuvieron, el amor y atención de sus padres, vivencia por la que se les dificulta creer que alguien puede quererlas y aceptarlas como en realidad son y no por la imagen de perfección que siempre intentan brindar. En este mismo sentido, de forma progresiva, admiten el malestar que experimentan al sentirse obligadas a asumir en la vida adulta un rol protector en relación ante las figuras parentales por las que no se sintieron escuchadas ni protegidas cuando no sutilmente culpabilizadas al ocurrir el incesto

Al abordar la importancia de mantenerse presentes y en contacto con sus sentimientos, las sobrevivientes comentaron los esfuerzos que realizan para evitar tomar conciencia de los mismos por el temor a no poder comportarse adecuadamente, destacando que perciben como los más amenazadores a los de tristeza, los cuales en el pasado les han dirigido a periodos depresivos que son recordados como muy difíciles. Ante esta posición se les devuelve que es precisamente a través de confirmar sus sentimientos y no de negarlos que pueden reforzar su poder personal y lograr una expresión más sana de sus necesidades y pensamientos

En esta etapa son comunes las protestas en relación a que la vida ha sido especialmente injusta con ellas, debido a la experiencia del incesto que debieron sufrir, impidiéndoles alcanzar a nivel personal y familiar lo que otras personas tienen, posición ante las que se les indica que no hay existencias ideales, que todas las personas han confrontado dificultades y pérdidas de diferentes tipos a lo largo de su vida y que lo medular es cómo cada quien hace frente a las problemáticas que le ha tocado vivir. En este contexto se les orientó a explorar los diferentes duelos que debían completar, al mismo tiempo que se les reenforzó en las aptitudes y destrezas con las que ellas lograron desarrollar otras partes de su vida, a pesar de las pérdidas experimentadas.

Cabe señalar que durante esta fase fue necesario, además de asegurarnos que el enfoque de algunos de los temas produjera intercambios centrados en aspectos positivos más que en los negativos, con lo cual se podía crear una atmósfera demasiado pesada, aplicar técnicas de relajación para ayudar a las sobrevivientes a mantener la ansiedad que les provocaba tomar conciencia de sus sentimientos dentro de límites manejables.

### **C. Etapa de Reconexión:**

En esta etapa de la intervención, el énfasis estuvo dirigido a reforzar la capacidad de las sobrevivientes de visualizar alternativas adultas que les permitieran superar las creencias infantiles que refuerzan la indefensión y revictimización y establecer patrones apropiados de interacción, medidas dirigidas a que aprendieran a establecer lazos sociales en los que no fuesen reabusadas.

Ante la creciente conciencia que procuramos mantener presente de la pronta terminación del grupo desde varias sesiones previas a la final, las sobrevivientes se mostraron ambivalentes, actuando como si esto no fuese a ocurrir, al mismo tiempo

que cada vez con mayor frecuencia indicaban su deseo de que el grupo continuara reuniéndose, actitud en la que, cabe señalar, no fue difícil observar la posición de “nosotras contra el mundo” ya explicada por Judith Herman, petición que intentamos orientar hacia un seguimiento abierto en el que también se pudieran compartir otras inquietudes manifestadas durante la intervención grupal, tales como su necesidad de mejorar el vínculo sostenido con sus figuras parentales (particularmente la materna) y los temores relacionados a repetir con sus hijos el modelo aprendido con sus madres. En este sentido, se mostraron motivadas a organizar un seguimiento entre ellas, con reuniones mensuales para comentar lecturas.

En relación con las preocupaciones relativas al futuro, las sobrevivientes con frecuencia se cuestionaron la necesidad de revisar los patrones en base a los que se desarrollaban sus actuales relaciones de pareja atreviéndose a expresar abiertamente, por primera vez, el derecho a relaciones más óptimas, punto en el que admiten que les cuesta creer que los hombres busquen algo más que sexo en las mujeres y sus sentimientos de vergüenza ante la sensación de placer, al mismo tiempo que muestran mayor conciencia de cómo, en el pasado, mantuvieron relaciones insatisfactorias para evadir la sensación de estar solas. No obstante, también afirman que las relaciones sexuales son agradables cuando son deseadas y no impuestas como una obligación.

Otros temas que surgieron con menor intensidad, durante esta etapa, fueron los relativos a su dificultad para aún aceptarse como son, sobre todo en lo relativo a la apariencia física, para contar con un sistema de apoyo fijo al que acudir en los momentos de depresión y para expresar sentimientos de rabia y dolor.

Debemos señalar que las participantes acudían a las últimas sesiones proyectando notable tristeza y, en la última sesión, lloraron al compartir sus sentimientos de vacío y desprotección ante la pérdida de su “otra familia”, expresando que sentían que perdían un lugar donde eran comprendidas y no eran juzgadas. Al mismo tiempo, expresaron temores respecto al regreso de viejos miedos y a no poder mantener por sí mismas los logros alcanzados, señalamientos que fueron abordados recordándoles que los cambios que habían logrado se debieron a que sus fortalezas individuales se beneficiaron de su mayor nivel de comprensión de la experiencia vivida.

Cabe resaltar que, a pesar de que fue evidente el enojo de las participantes por la terminación del grupo y la sensación de ser abandonadas por las co-facilitadoras, ninguna se atrevió a ventilar abiertamente sus sentimientos al respecto. Sin embargo, ante su evidente malestar les recordamos nuevamente que estaríamos a su disposición de surgir futuros conflictos, pero que confiábamos en su capacidad para hacerles frente por sí mismas

Finalmente, consideramos necesario comentar que si bien las sobrevivientes se mostraron ansiosas y tristes en la sesión de despedida hubo un consenso grupal sobre que no todo había sido negativo en su vida y que vivir en función del trauma del incesto no les había permitido vislumbrar los aspectos positivos e igualmente que era importante retomar la terapia individual, a fin de trabajar los temas que comprendieron aún estaban sin resolver

## **INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

Una vez concluida la etapa de la revisión teórica, procederemos a ofrecer los aportes que se desprenden de la descripción de los resultados obtenidos mediante los instrumentos utilizados

Para los fines de esta discusión, nos basaremos en el análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados, sustentándolos con la información teórica que nos explica las características de la estructura y dinámica familiar, rasgos de personalidad y manifestaciones clínicas observadas en las sobrevivientes adultas de incesto

Aún cuando contrastaremos nuestros resultados con los de otras investigaciones realizadas sobre esta temática, es importante señalar que los hallazgos obtenidos en el curso de este estudio deben ser analizados con cuidado, pues la muestra es pequeña, contando solamente con cinco sobrevivientes de incesto en la infancia. Por lo tanto, la aplicabilidad de estos datos es específica para esta muestra y sólo puede ser generalizada a poblaciones con características similares

### **I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO**

En el presente estudio, la muestra estuvo conformada por cinco mujeres sobrevivientes adultas de incesto, las cuales, en su mayoría, se encontraban en el rango de los 30 a los 39 años de edad (60%) y mantenían una relación de pareja estable (60%) al incorporarse a la intervención grupal. Igualmente, se observó que la totalidad de la muestra procedía de un nivel de clase media, contaba con estudios universitarios completos y laboraba dentro del área de su formación académica.

En relación a la edad de las participantes, nuestros resultados coinciden con los obtenidos por Alexander et al (1989) quienes encontraron en su estudio que el

promedio de las participantes rondaba los 36 años de edad, etapa en el que el nivel de madurez alcanzado puede hacernos esperar una mayor disposición y aprovechamiento de la intervención terapéutica

En lo que se refiere a sus características socioeconómicas, observamos que las integrantes de la muestra proceden de comunidades bastante uniformes y se ubican dentro de la clase media, resultados que son contrarios a la creencia popular de que estos hechos solo ocurren en las familias de escasos recursos y pobre educación, pues se ha encontrado que las sobrevivientes de incesto en la infancia provienen de todos los estratos sociales (Fundación Ser y Crecer, s.a., Cefemina, 1991, Forward y Buck, 1991, Brisco, 1992, Louredo, 1992) aunque ciertamente el provenir de hogares desfavorecidos económicamente ha sido relacionado a sufrir un impacto más severo como consecuencia del incesto (Finkelhor, 1999)

En cuanto al nivel educativo alcanzado, resalta que la mayoría de las sobrevivientes cuenta con altos niveles de formación académica y laboran en su área de estudios, resultados que coinciden con los obtenidos por Herman (1981), Courtois (1988), Alexander et al (1989) y Lawrence y Froning (1992), quienes señalan que, a pesar de que las sobrevivientes adultas de incesto suelen llevar vidas personales muy desorganizadas, pueden ser muy funcionales en su desenvolvimiento académico y laboral, toda vez que desde la infancia aprendieron a ser muy dedicadas como resultado de las fuertes responsabilidades que se vieron obligadas a asumir. En relación a este punto, cabe indicar que Follette et al (1991) encontraron que bajos niveles educativos se relacionaban con resultados menos favorables en la intervención terapéutica grupal

En cuanto a su estado civil, destaca que la mayoría de las integrantes de la muestra mantiene una relación de pareja estable al momento de la incorporación al grupo terapéutico, hallazgo que es contrario al obtenido por Arosemena y Villalobos

(1995) quienes encontraron que la mayoría de las sobrevivientes se encontraban solteras o eran divorciadas, condición que ha sido relacionada a resultados más favorables en la intervención terapéutica grupal (Follette et al , 1991)

Nos parece oportuno tener presente, al analizar estos datos, que los investigadores han encontrado que las mujeres que reportan haber sido abusadas sexualmente en la infancia no reúnen, como grupo, características homogéneas, de forma que aspectos como su procedencia social, nivel de ingresos económicos, orígenes raciales, credo religioso, el desarrollo académico alcanzado o el área de desempeño laboral no han sido relacionados con un tipo particular de sobreviviente de incesto

## **II. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA DE ORIGEN Y DE LA ACTUAL**

Follete et al (1991) indican en su estudio que es importante evaluar las características de las familias de origen de las sobrevivientes adultas de incesto que se incorporan a la intervención grupal, pues algunos aspectos de las mismas han sido relacionadas a la obtención de resultados positivos como producto de la intervención

### **A. Patrones de comunicación**

En este aspecto, encontramos que la mayoría de las sobrevivientes crecieron en hogares donde los patrones de comunicación eran inadecuados, utilizando métodos indirectos (60%) y confusos (40%) en sus interacciones familiares, resultados que coinciden con los obtenidos por Arosemena y Villalobos (1995), en nuestro país, y con los encontrados por Courtois (1988), Schatzow y Herman (1989), McClendon (1991), Ferreira (1992), Flores-Ortiz (1995), Perrone y Nannini (1997) y la Fundación Paniamor (1998) en otros países

Perrone y Nannini (1997), en relación a este tema, indican que el estilo de comunicación existente y el tipo de lenguaje utilizado en estas familias predisponen a la

relación abusiva al paralizar la capacidad de respuesta de las sobrevivientes, toda vez que la comunicación suele fluir en un sólo sentido, al margen del diálogo e intercambio de puntos de vista, de forma que el abusador reduce la gama de opciones y obstaculiza cualquier iniciativa de resistencia

Es así como el tipo de comunicación imperante aparece como un factor contribuyente a que el incesto ocurra y sus víctimas se sientan impotentes para solicitar ayuda en su medio familiar o social, tanto durante la infancia como durante la etapa adulta.

En este mismo contexto, diferentes autores resaltan que, de forma casi universal, en las familias donde ocurre el incesto, la patología está regida por el apego hacia conceptos tergiversados del respeto y lealtad tanto como por la norma de guardar el secreto, la cual aparece como un principio organizador de todas las relaciones familiares y es compartida por todos sus miembros. De esta manera, el patrón inadecuado de comunicación aunado a la negación que permite distorsionar la percepción de la realidad contribuyen al condicionamiento de la costumbre de guardar silencio sobre los hechos negativos que se desarrollan en su familia, medida con la que se mantiene el equilibrio del sistema manteniendo una falsa imagen de normalidad, al mismo tiempo que se limitan las posibilidades de las sobrevivientes de solicitar ayuda al momento de ocurrir los abusos y se favorece la continuación de los mismos (Schatzow y Herman, 1989; Forward y Buck, 1991, McClendon, 1991, Frank, 1992, Lawrence y Froning, 1992, Flores-Ortiz, 1995, Santamaría e Icaza, 1996, Perrone y Nannini, 1997, CIDAP, 2000)

De esta forma, y partiendo de que la atmósfera familiar de los hogares donde ocurre el incesto frecuentemente reúne características negativas (Baynard, 1997), no extraña que recientes estudios hayan encontrado que los patrones disfuncionales en las

familias de origen en las sobrevivientes se unen al abuso en sí mismo como factor condicionante del futuro desarrollo de rasgos psicopatológicos en la vida adulta (Kinzl et al., 1995, Lange et. al., 1999)

### **B. Expresión de sentimientos**

En relación a los sentimientos que se podían manifestar en el ambiente familiar, la mayoría de las sobrevivientes señaló que los de tristeza y alegría eran más permitidos que los de enojo y temor los cuales, en términos generales, eran restringidos sólo permitiendo su expresión en momentos extremos. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Forward y Buck (1991), Louredo (1992), Lawrence y Froning (1992), Frank (1992), Pittman (1995), Flores-Ortiz (1995) y García Losa (2001)

Cabe señalar que Courtois (1988) encontró que en las familias incestuosas, a veces ni siquiera es permitida la expresión de sentimientos positivos y frecuentemente sólo se les permiten aquéllos que típicamente han sido asignados al género femenino, mismos que, por lo general, se relacionan más a la sumisión que a la independencia y a la fuerza.

La experiencia clínica demuestra que en las sobrevivientes de incesto se encuentran fuertes dificultades para una expresión emocional adecuada lo que puede estar relacionado con los estilos de interacción predominantes entre los miembros de su familia de origen, pues la mayoría reporta haber crecido en hogares con muchos conflictos, poca expresividad en el afecto, roles no definidos y, en algunos casos, con padres separados o divorciados (Forward y Buck, 1991, Santamaría e Icaza, 1996, Douglas, 2000, García Losa, 2001).

### **C. Vivencia de violencia doméstica en la familia de origen**

En este aspecto, los resultados indicaron que la totalidad de las sobrevivientes reportaron que en sus familias de origen se vivieron situaciones de violencia emocional,

seguida en frecuencia por violencia económica, mismas que de forma inicial no identificaron como violencia intrafamiliar por sólo asociar a ésta la ocurrencia de agresiones físicas

Estos resultados coinciden con los obtenidos por Yerly (1985), Cefemina (1991), Mullen et al (1994), Hooper (1995), Flores-Ortiz (1995) y Arosemena y Villalobos (1997), quienes, en algunos casos, han encontrado que hasta en un 75% de los hogares donde ocurre el incesto también se suelen experimentar otras formas de abuso doméstico, resaltando que las agresiones emocionales son la principal forma de violencia ejercida

Algunos autores han señalado que en casi todas las familias abusivas se tiende al aislamiento social y emocional, mismo que les hace carecer de vías constructivas para desahogar la tensión interna, situación que contribuye a crear un ambiente propicio para la dinámica incestuosa toda vez que este aislamiento limita la capacidad de las sobrevivientes para solicitar ayuda o asegurar su protección ante abusos posteriores (Herman, 1981, Semillas para el Cambio, 1985, Doyle y Beherens, 1986, Courtois, 1988, McClendon, 1991, Hooper, 1995, Batres, 1997, CIDAP, 2000)

En relación a este tema cabe señalar que coincidimos con los señalamientos de Arosemena y Villalobos (1997) en el sentido de que se observa que el incesto no es la única experiencia violenta en la infancia de las sobrevivientes (existiendo una “doble victimización”) y que a la multiplicidad de abusos posteriores se une el hecho de haber crecido en un hogar en el que fueron testigos de violencia intrafamiliar, con las secuelas emocionales que esta situación conlleva

Existe considerable evidencia científica de que en los niños/as que crecen en estas condiciones se observan elevados niveles de ansiedad ante los inminentes hechos de violencia que ocurren a su alrededor, sentimientos de desprotección ante las

agresiones entre sus padres, y temores a mayores daños y a una eventual separación de sus progenitores (González y Seijo, s a , Jaffe et al., 1990, Peled, 1993, Reyna y González, 1997) Más aún, ser testigos de la victimización materna ha sido relacionado con consecuencias peligrosas para la salud mental de los hijos (Dubowitz et al , 2001), lo que especialmente se refleja en mayor riesgo de depresión en la vida adulta (Herman, 1981, Finkelhor y Browne, 1985, Courtois, 1988; Haugaard y Dickon, 1988, Bifulco et al , 1991, Pittman, 1995; Cotter, 1998, Gladstone et al , 1999; Sadowski et al., 1999, Hill et al., 2001)

#### **D. Figuras agresoras en la familia de origen**

En relación a las figuras identificadas como las agresoras en las familias de origen resalta que, en mayor porcentaje, correspondían al género masculino, siendo el padre la más significativa, hallazgo respaldado por investigadores que encuentran que la figura paterna es la más autoritaria y controladora (Yerly, 1985, Antony, 1990, McClendon, 1991, Hooper, 1995, Perrone y Nannini, 1997, Arosemena y Villalobos, 1997, Douglas, 2000)

En este sentido, algunos estudios han demostrado que un gran número de las madres en los hogares donde ocurre el incesto están afectadas por un patrón de violencia intrafamiliar, viviendo bajo el régimen de dominación y temor impuesto por parte del esposo, mismo que precede a las agresiones hacia los hijos/as y que, posteriormente, se desarrolla de forma paralela (Semillas para el Cambio, 1985, Cefemina, 1991, Hooper, 1995)

Lo medular de este problema radica en que en las familias donde ocurre el incesto viven bajo valores culturales congelados que legitimizan que las figuras patriarcales controlen el hogar con autoridad absoluta y bajo rígidos patrones de interacción, agrediendo a las mujeres y viendo a sus hijos/as como posesiones

personales de las que pueden disponer a su criterio (Herman, 1981, Antony, 1990, Ferreira, 1992, Zurutuza, 1993, Batres, 1997, Perrone y Nannini, 1997), situación que condiciona a las mujeres a tolerar los abusos posteriores cometidos por figuras del mismo sexo, toda vez que han aprendido que no tienen derecho a defenderse y oponerse

#### **E. Actitud ante los temas sexuales e incesto en la familia de origen**

En nuestro estudio se observó que para la mayoría de las sobrevivientes de incesto la sexualidad y el incesto eran temas de los que no se podía hablar en sus familias de origen, hallazgo que coincide con los obtenidos en investigaciones realizadas tanto en nuestro país (Arosemena y Villalobos, 1997) como en el extranjero (Kinz, et. al., 1995, Paniamor, 1998)

Para algunos autores la prohibición de hablar sobre temas sexuales y el incesto al crear la percepción de que son temas “malos” y “prohibidos” contribuye a que las sobrevivientes no puedan pedir ayuda al iniciarse los abusos, situación que también tiene repercusiones negativas en la calidad de su vida sexual durante la etapa adulta.

#### **F. Creencias predominantes en la familia de origen**

En este aspecto, resalta el hecho de que en estas familias predominaban creencias que asignaban a las sobrevivientes la obligación de mantenerse bajo el mandato de los varones y complacerlos. Estos resultados coinciden con los obtenidos tanto en nuestro país (Antony, 1990, Arosemena y Villalobos, 1995; Miller, 1992) como en el extranjero (Carcedo y Verbaken, 1992, Lawrence y Froning, 1992, Echandi, 1993, Zurutuza, 1993; Flores, 1995, Batres, 1997)

Flores-Ortiz (1995) indica que en las familias incestuosas se observan actitudes de desvalorización hacia el género femenino, que se fomentan a través de refranes populares, y se aseguran los privilegios y la supremacía de los hombres, adultos y/o

niños, de forma que se exige a las mujeres obedecerles y no cuestionar su conducta, atmósfera que permite la manipulación emocional de los miembros del género femenino cuando se inician los abusos sexuales

En este sentido, cabe señalar que se observa una creciente concientización sobre cómo las creencias que exoneran a los hombres de su responsabilidad ante sus agresiones y proyectan en las mujeres culpa por las mismas contribuyen a revictimizar a las sobrevivientes de incesto, dificultándoles enfrentar a las figuras masculinas que las agreden, y las vuelven más vulnerables a las presiones para no revelar los abusos, a fin de no causar la destrucción de su familia. Más grave aún es que se ha observado que estas creencias pueden ser proyectadas a otros hombres externos a la familia, sosteniendo la idea de que el abuso sexual es una forma de afecto

#### **G. Relación existente con la familia origen durante la vida adulta**

En este apartado se observó que la totalidad de las sobrevivientes de incesto señala mantener relaciones insatisfactorias con sus familias de origen. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Cefemina (1991), Braddock (1994), Bass y Davis (1995) y Watton Community Church (1999) quienes indican que con frecuencia estas relaciones están marcadas por la carencia de intimidad y de confianza, y la ambivalencia en la que se mezclan actitudes positivas y desvalorizantes, aspectos que también suelen ser percibidos en el resto de la familia extendida

En relación a este punto cabe señalar que algunos investigadores (Courtois, 1988, Forward y Buck, 1991 y Fishman, 1995) manifiestan que una gran cantidad de las sobrevivientes siguen negativamente aferradas a la esperanza de que finalmente sus familias alivien su malestar al brindarles su amor y aprobación, siendo necesario que aprendan a fijar límites que les permitan autocuidarse, lo que implica cambiar los viejos

patrones de interacción mantenidos con las mismas y, en algunos casos, una ruptura total del vínculo

Otro elemento a resaltar es que los informes brindados por las sobrevivientes revelan mayores perturbaciones en la relación con las figuras masculinas, observándose que, por lo general, el vínculo con el padre es conflictivo y, con los hermanos varones, distante. Este resultado es contrario al encontrado por Herman (1981) y Pittman (1995), quienes aseveran que las sobrevivientes de incesto tienden a proteger activamente al abusador y dirigir su enojo hacia la figura materna, quien no las protegió en su infancia y en la vida adulta a menudo se ven obligadas a atender. En este mismo sentido, diferentes autores (Finkelhor y Browne, 1985, Courtois, 1988, Antony, 1990; Cefemina, 1991; Batres, 1997) han señalado que el vínculo con la madre suele estar teñido de desconfianza y hostilidad, perturbación que ha sido relacionada de forma significativa con un mayor grado de disfunción y riesgo de desarrollar un trastorno depresivo en la vida adulta (Draijer y Langeland, 1999; Sadowski et al , 1999)

Cabe señalar que este punto demostró ser de suma importancia durante la intervención grupal, donde afloraron sentimientos fuertemente reprimidos de enojo hacia las madres, resaltando que, a las integrantes del grupo, se les dificultó ventilarlos abiertamente, debido a los sentimientos de culpa que les generaba.

#### **H. Relación de pareja**

En nuestro estudio encontramos que, aunque ninguna de las sobrevivientes de incesto señaló sufrir violencia intrafamiliar, la mayoría mantiene relaciones de pareja que no les son satisfactorias, sólo describiendo una su vínculo como bueno. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Santamaría (s.a.), Finkelhor y Browne (1985), Cefemina (1991), Hooper (1995), Flores-Ortiz (1995) y Braddock (1999)

En relación a este tema cabe señalar que se ha encontrado que las sobrevivientes de incesto frecuentemente enfrentan dificultades en la comunicación emocional y asumen posiciones polarizadas sobre el control en sus relaciones de pareja (Mullen et al , 1994, Santamaría e Icaza, 1996, Pistorello y Follette, 1998), confrontan limitaciones para alcanzar un ajuste sexual adulto (Haugaard y Dickon, 1988, Cefemina, 1991, Hooper, 1995, Watton Community Church, 1999) y, como resultado de lo que puede ser considerado el ciclo de transmisión intergeneracional de la violencia, suelen involucrarse en relaciones violentas de pareja (Russell, 1986, Haugaard y Dickon, 1988, McClendon, 1991, Herman, 1992, Echandi, 1993; Flores-Ortiz, 1995, Hooper, 1995, American Psychological Association, 1996, Fundación Paniamor, 1998, Aguilar, 2000).

De forma particular, también sobresale que las sobrevivientes tienden a repetir, en la falta de comunicación sexual con su pareja, el ejercicio inadecuado de los temas sexuales aprendido en sus familias de origen (Kinzl et al , 1995; Lange et. al , 1999), situación que, aunada a la experiencia traumática del incesto, contribuye a la gama de trastornos observados en esta área. En estas condiciones no es de extrañar que se haya encontrado que es frecuente que las parejas de las sobrevivientes desconozcan esta situación (Finkelhor y Browne, 1985, Follette et al , 1991, Braddock, 1999), secreto que suele cargar la relación de considerable tensión adicional

Por último, nos parece apropiado indicar que, en relación a las dificultades enfrentadas en el ámbito familiar adulto de las sobrevivientes, existe una creciente corriente de profesionales que han centrado su atención en las limitaciones de las mismas, para hacer frente al desempeño como madres y su tendencia a utilizar el castigo físico contra sus hijos (Semillas para el cambio, 1985, Haugaard y Dickon, 1988, UNICEF, 1991, Flores-Ortiz, 1995, Bass y Davis, 1995, Santamaría e Icaza, 1996, Banyard, 1997; Cheasty et al , 1998; Douglas, 2000) tanto como en las dificultades que

confrontan las parejas de las mismas, quienes, como consecuencia de sufrir de contagio del trauma, suelen manifestar trastornos emocionales y sexuales particulares que requieren de mayor investigación (Maltz, 1988, Chauncey, 1994, Maltz y Shay, 1995)

### **III. CARACTERÍSTICAS DE LA SITUACIÓN DE ABUSO**

#### **A. Edad en que se inició el abuso**

En base a los resultados obtenidos se observa que la mayoría de las sobrevivientes contaban con cinco años de edad al iniciarse el incesto por primera vez, hallazgo que concuerda con rangos de edad similares a los obtenidos en investigaciones realizadas en nuestro país (UNICEF, 1991; Santamaría e Icaza, 1996, Arosemena y Villalobos, 1995) y en el extranjero (Fundación Ser y Crecer, s.a., Haugaard y Dickon, 1988, Follette et al, 1991, Carcedo y Verbaken, 1992; Paniamor,1998, Watton Community Church, 1999, Miller, 1999), las cuales reportan que la edad de inicio de los abusos sexuales se encuentra entre los cuatro y ocho años

Cabe señalar que otras investigaciones realizadas en diferentes países han establecido que la mayoría de los abusos sexuales se inician en rangos de edad inferiores a los 18 años (Cefemina, 1991; Gabbard, s a., Fishman, 1995; Hooper, 1995, Aguilar, 2001) o a los 14 años (Herman, 1981, Kempe y Kempe, 1985, Echandi, 1993, Heise, 1994, Gómez, 1996, Batres, 1997, Perrone y Nannini, 1997, CIDAP, 2000, Schein et al , 2000)

Al momento de analizar estos resultados, debemos tener presente que las sobrevivientes de incesto no suelen tener recuerdos claros sobre el momento específico en que se iniciaron los abusos ya que, por lo traumático de la experiencia, han dedicado gran parte de sus esfuerzos a olvidar estos incidentes, observándose que, en muchas ocasiones, utilizan como referencia el nivel escolar que cursaban Sin embargo, es

significativo que señalaran que los mismos iniciaron a edades tempranas, pues diferentes estudios (Herman, 1981, Haugaard y Dickon, 1988, Cefemina, 1991, Lawrence y Froning, 1992, Heise, 1994, Gold et al , 1996; Batres, 1997; Cotter, 1998, Portillo, 2001) han demostrado que, a menor edad al momento de iniciar los abusos sexuales, se relacionan mayores posibilidades de trastornos patológicos, desórdenes de personalidad, problemas de autoestima y dificultades para establecer adecuados niveles de confianza en la vida adulta

### **B. Tiempo de duración del incesto**

En lo relativo al tiempo por el que se prolongó el incesto se observa que el mismo varió en los diferentes abusos con una extensión máxima de un año, sin embargo, en la mayoría de los casos, estos hechos se desarrollaron en incidentes únicos, hallazgo que coincide con los obtenidos por Haugaard y Dickon (1988) y Paniamor (1998) No obstante, difiere de los encontrados por Kempe y Kempe (1985), Semillas para el Cambio (1985), Doyle y Beherens (1986), Antony (1990), Carcedo y Verbaken (1992), Echandi (1993) y Santamaría e Icaza (1996) quienes indican que los abusos sexuales suelen prolongarse entre dos y seis años

En relación a este punto se observan opiniones contrarias entre quienes afirman que la duración de los incidentes incestuosos no determinan la intensidad del trauma ni sus repercusiones (Haugaard y Dickon, 1988, Arosemena y Villalobos, 1995, Anderson et al , 2000) y quienes señalan que los abusos prolongados en el tiempo se relacionan con efectos más devastadores en la personalidad, baja autoestima, comportamiento auto-destructivo y mayor riesgo de disociación (Herman, 1981, Kempe y Kempe, 1985, Gold et al , 1996, Brand et al , 1996, Santamaría e Icaza, 1996, Academia Norteamericana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, 1998, Paniamor, 1998, Cotter, 1998, Draijer y Langeland, 1999, Moreno y Pedreira, 2000, Portillo, 2001) factor que también ha sido

considerado como un importante contribuyente a un posterior diagnóstico de PTSD (Brand et al , 1996)

Aun cuando está pendiente de evaluación determinar si la duración de los incidentes implicaría variaciones en la extensión de las intervenciones terapéuticas individuales destinadas a la atención de sus secuelas, algunos estudios han indicado que la duración del abuso no es un factor significativo en los resultados obtenidos en la terapia grupal durante la vida adulta (Browne y Finkelhor, 1986, Follette et al , 1991)

Cabe señalar que, en términos generales, las sobrevivientes informaron que los abusos sexuales no se prolongaron por más tiempo principalmente por acciones externas a ellas, el traslado del agresor a otra residencia u otro familiar que reveló estar siendo abusado por el mismo agresor, siendo excepcionales los casos en los que ellas jugaron un rol activo para poner fin a la situación. En este sentido, Herman (1981) y Forward y Buck (1991) coinciden en aseverar que en raras ocasiones los agresores sexuales detienen por propia voluntad los actos incestuosos y que, en la mayoría de los casos, las sobrevivientes comparten la percepción de que años después estos reanudarían la relación incestuosa de tener la posibilidad

### **C. Parentesco con el abusador**

En este apartado los resultados obtenidos señalaron que, para la mayoría de las sobrevivientes, el abusador era una persona con quien mantenían vínculos consanguíneos, prioritariamente fraternales, aunque un número significativo de sobrevivientes señalan también a personas que eran cercanas a la familia.

Se encontraron resultados similares a los obtenidos por otros investigadores (Herman, 1981, Doyle y Beherens, 1986, Haugaard y Dickon, 1988, McClendon, 1991; Forward y Buck, 1991, Carcedo y Verbaken, 1992, Batres, 1997, Miller, 1997; Paniamor, 1998, Academia Norteamericana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes,

1998, Braddock, 1999, Wilson, 1999, CIDAP, 2000; Schein et al., 2000, Tapia, 2001) quienes señalan que alrededor del 80% de los agresores son miembros de las familias nucleares y extendidas (padres, hermanos, abuelos, tíos, primos, padrastros), amigos de la familia y vecinos, es decir, personas cercanas emocional o consanguíneamente a las sobrevivientes. Así, se encuentra que los reportes de agresiones sexuales cometidas por extraños oscilaban entre el 11% (Haugaard y Dickon, 1988) y el 15% (CIDAP, 2000)

Al momento de analizar estos resultados, debemos tener presente la gran dificultad que experimentan las sobrevivientes para revelar la identidad de los abusadores, factor que puede haber influido en que no identificaran a aquellos que les fueran particularmente dolorosos y/o vergonzosos, tales como los padres biológicos o personas de su mismo sexo, realidad que fue insinuada por las sobrevivientes posteriormente, durante las sesiones grupales

Con esto en mente, debemos señalar que las figuras paternas, tales como el padre o padrastro, han sido destacados como los principales agresores por algunos investigadores (Herman, 1981, Kempe y Kempe, 1985, Browne y Finkelhor, 1986, Haugaard y Dickon, 1988, Alexander et al., 1989, Antony, 1990, Follette et al., 1991, Carcedo y Verbaken, 1992, García y Sayavedra, 1996, CIDAP, 2000, Anderson et al., 2000, Bulik et al., 2001), situación que al implicar un ataque directo a los lazos de confianza y afecto básicos ha sido relacionada con mayor trauma, estrés prolongado y efectos emocionales adversos a largo plazo

En este contexto, algunas investigaciones han determinado que no existen diferencias significativas en los efectos posteriores observados en las sobrevivientes de incesto en función de si el abuso ocurrió dentro o fuera de la familia (Anderson et al., 2000) o si fue perpetrado por otro menor o un adulto (Schaw et al., 2000), tampoco se

ha encontrado evidencia de que los resultados obtenidos en la intervención grupal varíen en función de si el agresor fue un padre o padrastro (Follette et al , 1991)

No obstante, si hay estudios que sustentan que los efectos negativos a largo plazo pueden ser más severos en quienes fueron abusadas por varias personas (Gold et al , 1996), observándose que entre las sobrevivientes que reportaban haber sido abusadas por cuatro o más agresores se halló una alta probabilidad a recurrir a la disociación como mecanismo de defensa (Zlotnick et al , 1994, Draijer y Langeland, 1999)

#### **D. Contexto del abuso**

En relación a este aspecto se observó que en la mayoría de los casos el incesto ocurrió en lugares de gran familiaridad para las sobrevivientes, resaltando, entre estos, su hogar, hallazgo que coincide con los reportes que indican que estos incidentes suelen ocurrir con mayor frecuencia en la casa de la sobreviviente (Carcedo y Verbaken, 1992; Heise, 1994, Arosemena y Villalobos, 1995) al igual que en la de parientes o amigos (Paniamor, 1998), lugares en los que solían sentirse protegidas y que, a partir del abuso, representan un mayor sentimiento de vulnerabilidad y sufrimiento ante la convicción de que no hay un sitio seguro en el que se puedan refugiar

Nos parece de suma importancia indicar que encontramos que la mayoría de las sobrevivientes convivían con el agresor al momento de ocurrir el incesto, hallazgo que coincide con el obtenido por otros investigadores (Herman, 1981, Kempe y Kempe, 1985, Haugaard y Dickon, 1988, Arosemena y Villalobos, 1995; Díaz, s.a , Fundación Ser y Crecer, s a.) quienes señalan que esta situación posiblemente les facilita sus acciones, aprovechando la confianza depositada en ellos

### **E. Formas de abuso utilizadas por el agresor**

En el estudio se observa que, en la mayoría de los casos, el abuso consistió en diferentes tipos de manipulación corporal más que en relaciones sexuales completas, mismas que se encuentran entre los menores porcentajes de reporte

Es importante señalar que, aún cuando los resultados obtenidos coinciden con los hallazgos de otras investigaciones (Doyle y Beherens, 1986, Haugaard y Dickon, 1988, Paniamor, 1988, Arosemena y Villalobos, 1995, Schein et al., 2000), las sobrevivientes, al alcanzar mayores niveles de confianza, durante el desarrollo de las sesiones grupales, compartieron la posibilidad de que hubiesen ocurrido más incidentes en los que hubo penetración, eventos sobre los cuales tenían recuerdos parciales debido a los esfuerzos que realizaban para olvidar lo ocurrido. Posibilidad que coincide con los señalamientos de Alexander et al. (1989), quienes indican que la penetración ocurre en más de la mitad de los casos reportados y que puede ser explicada por Herman (1981), quien asevera que muchos agresores no intentan la relación vaginal hasta la adolescencia.

En relación a esta información debemos indicar que se encuentran referencias en la literatura científica que apoyan la noción de que no hay diferencias significativas entre las consecuencias observadas en las sobrevivientes en función de si hubo o no penetración (Haugaard y Dickon, 1988, Arosemena y Villalobos, 1995, Romans et al., 1996, Anderson et al., 2000, Kisiel y Lyons, 2001) e investigaciones que señalan que el tipo de abuso sí determina los problemas emocionales en las sobrevivientes, de forma que en los casos en que ocurrió penetración hay mayores dificultades para el posterior ajuste psicológico y mayor riesgo de trastornos depresivos en la vida adulta (Browne y Finkelhor, 1986, Morrow, 1991, Lawrence y Froning, 1992, Mullen et al., 1993; Brand et al., 1996, Cotter, 1998, Cheasty et al., 1998, Romans, 1999, Bulik et al., 2001). En

este sentido, Follette et al (1991) encontraron que el sexo oral y la relación sexual completa predecían resultados menos favorables en la intervención grupal

Ante estos hallazgos, nos parece menester resaltar que se ha comprobado que no sólo la relación sexual completa afecta al niño/a, pues, desde el punto de vista psicológico, los efectos destructivos del incesto radican en la motivación sexual del contacto y el deber de guardar silencio respecto al mismo, más que en la naturaleza exacta de los actos sexuales realizados

#### **F. Mecanismos utilizados por el ofensor para involucrar a la sobreviviente**

A pesar de que en relación a un número importante de agresores las sobrevivientes señalan no recordar los mecanismos exactos utilizados para involucrarlas, se observó que la mayoría de los abusadores recurrió a algún tipo de procedimiento entre los que fueron identificados manipular, fomentar el secreto y brindar protección, resultados que coinciden con los hallazgos de otros investigadores (Herman, 1981, Forward y Buck, 1991; Lawrence y Froning, 1992, Flores-Ortiz, 1995; Panamor, 1998, Díaz Hernández, s a.; Krugman, s a.) quienes indican que la mayoría de los agresores evita el uso de la violencia para no dejar evidencias físicas de sus actos y tiende a recurrir a la persuasión, intimidación, sobornos y amenazas con perder el amor como métodos a través de los cuales pueden confundir a las víctimas, haciéndoles imposible negarse a los abusos y romper el silencio impuesto

De esta forma se ha observado que muchos agresores utilizan ceremonias o rituales de forma previa a la consumación del abuso en los que pasan de seducir, a coaccionar a las víctimas, de forma que, paulatinamente, se destruyen las defensas de estas para resistirse a las agresiones sexuales y, posteriormente, se les responsabiliza de lo ocurrido lo que dificulta que pidan ayuda (Flores-Ortiz, 1995, Perrone y Nannini, 1997; Watton Community Church, 1999)

Cabe señalar que en aquellos casos en los que las sobrevivientes de incesto enfrentan dificultades para recordar la utilización de mecanismos específicos para involucrarlas se ha encontrado que ellas intuían amenazas (Herman, 1981) o vivían en contextos que les dificultaban identificar las presiones que experimentaban (Perrone y Nannini, 1997), situación que también se puede explicar en función de la corta edad con que contaban al darse los abusos y la fuerte represión relacionada a estos recuerdos

Nos parece importante indicar que aunque el uso de la fuerza física por parte del agresor durante el incesto aparece como un hallazgo poco frecuente, el mismo ha sido relacionado con mayor severidad en los trastornos observados en la vida adulta de las sobrevivientes (Roesler y McKenzie, 1994, Bulik et al , 2001).

#### **G. Reacciones y sentimientos experimentados frente al incesto**

En el estudio se observó que la negación fue la reacción mayormente experimentada por las sobrevivientes durante el abuso, de forma que no podían creer lo que les ocurría y se sorprendían ante el hecho y que, entre la amplia gama de sentimientos reportados, sobresalían los de ira y rabia, hallazgos que coinciden con los encontrados por otros investigadores (Herman, 1981, Lawrence y Froning, 1992, Ramellini, 1994, Arosemena y Villalobos, 1995, Portillo, 2000) quienes, no obstante, señalan que las reacciones y sentimientos inmediatos experimentados abarcan una amplia variedad de posibilidades en función del tipo y cantidad de sexualización traumática sufrida.

Cabe indicar que algunos autores informan que, en ocasiones, las sobrevivientes informan sentimientos de lástima hacia el abusador (Semillas para el Cambio, 1985, Arosemena y Villalobos, 1995) o haber experimentado placer durante el abuso sexual (Lawrence y Froning, 1992, Bass y Davis, 1995) experiencias que han sido relacionadas con mayor confusión, vergüenza y dolor en las mismas durante su vida adulta

## **H. Reacciones y sentimientos experimentados después del incesto**

En el estudio se observó que la mayoría de las sobrevivientes reportó, como reacción próxima al abuso sufrido, el evitar que otras personas tuvieran conocimiento del hecho, de forma que ocultaban lo ocurrido y no hablaban al respecto, hallazgo que concuerda con los señalamientos de Schatzow y Herman (1989) y Fishman (1995), quienes señalan que esta consigna de silencio puede extenderse hasta la vida adulta, provocando mayor daño psíquico al mantener el trauma vigente y evitar que se reciban las atenciones terapéuticas requeridas, y con la posición de Lawrence y Froning (1992) quienes indican que esta actitud puede ser un mecanismo para negar la falta de atención de su familia y poder guardar la fantasía de que la cuidarían si tuvieran conocimiento del hecho

En relación a las reacciones y sentimientos experimentados después del incesto se observa que destacan diferentes tipos de miedos y los sentimientos de irritabilidad y enojo dentro de una amplia variedad de posibilidades, resultados que coinciden con los de otros investigadores (Finkelhor y Browne, 1985, Haugaard y Dickon, 1988, Arosemena y Villalobos, 1995, Moreno y Pedreira, 2000, Portillo, 2000).

Es importante señalar que las sobrevivientes, en pocas ocasiones, reportan la desconfianza como una reacción posterior a la ocurrencia del incesto respuesta que, por otra parte, es la que más les caracteriza, por lo que sería interesante saber si no son conscientes de esta actitud, la cual tiende a mantenerse a lo largo de su vida, interfiriendo negativamente con su capacidad de interactuar con el entorno social

## **I. Reacciones del agresor y familiares al descubrirse el incesto**

En el estudio se observó que la mayoría de las sobrevivientes reportó que el incesto no fue descubierto o no recuerdan que lo hubiese sido durante su infancia, hallazgo que coincide con los resultados reportados por Arosemena y Villalobos (1995),

quienes indican que las sobrevivientes expresan dificultades para recordar las reacciones de los abusadores al ser descubiertos, situación que hace posible suponer que en una significativa cantidad de casos las agresiones sexuales no fueron del conocimiento de ningún familiar y que los agresores, en pocas ocasiones, fueron confrontados o recibieron alguna consecuencia por sus acciones

En relación a este aspecto, encontramos que hay un consenso general de que sólo una minoría de las sobrevivientes en algún momento de su vida adulta le cuenta a alguien acerca del abuso sufrido, pues la experiencia demuestra que frecuentemente no se les cree ni se les protege, corriendo el riesgo adicional de ser decepcionadas o responsabilizadas del hecho (Semillas para el Cambio, 1985; Haugaard y Dickon, 1988, Forward y Buck, 1991; Lawrence y Froning, 1992, Flores-Ortiz, 1995, Fishman, 1995, Perrone y Nannini, 1997, Watton Community Church, 1999, Schein et al., 2000)

Como excepción a esta situación se observa que, en ocasiones, la ruptura del secreto se da como resultado de querer proteger a otra joven miembro de la familia que se acerca peligrosamente a la edad que ella tenía cuando se iniciaron los abusos (MacFarlane y Korbin, 1983)

En relación a la reacción de los agresores denunciados, observamos que sus actitudes coinciden con los señalamientos de Herman (1981) y Perrone y Nannini (1997) en el sentido de que la negación es su primera línea de defensa, pues el tiempo les ha permitido comprobar que es una táctica útil para evadir la responsabilidad de su conducta proyectando la misma sobre los niños/as

En cuanto a la revelación del incesto a la familia, debemos señalar que la literatura científica ha relacionado significativamente las reacciones negativas observadas en las familias de origen, al revelarse los abusos sufridos, a la estigmatización y el desarrollo de rasgos psicopatológicos en la vida adulta de las

sobrevivientes, reacciones que suelen ser más favorables cuando la revelación ocurre de forma accidental (Sauzier, 1989) o durante la etapa adulta (Roesler, 1994; Lange et al., 1999) En función de estos señalamientos, no se debe interpretar que revelar el secreto a la familia sea la medida más sana para las sobrevivientes ni que sea una garantía para disminuir sus dificultades psicológicas, toda vez que los estudiosos de esta temática han encontrado que la mayoría de las sobrevivientes se arriesgan a ser revictimizadas por los miembros de sus familias al revelar los abusos sufridos (Finkelhor y Browne, 1985, Cefemina, 1991)

Tal vez, por estos hallazgos, no debe sorprendernos que, en nuestra investigación, encontráramos que, si bien la totalidad de las sobrevivientes ha compartido con alguien durante la etapa adulta la experiencia incestuosa sufrida, sólo una buscó como confidente a un miembro de su familia de origen, resaltando que hubo mayor confianza hacia personas externas al núcleo familiar, siendo las mismas, principalmente, del sexo femenino

En este sentido, diferentes autores (Finkelhor y Browne, 1985, Copp, 1999; Watton Community Church, 1999) señalan que las personas fuertemente traumatizadas se benefician del apoyo y seguridad que le proveen otras personas, pues la posibilidad de hablar con éstas de lo ocurrido puede mitigar la sensación de impotencia, disminuir los temores y contribuir a dejar el trauma atrás. Inclusive, de acuerdo a Herman (1981), el hecho de que las sobrevivientes se involucren con modelos femeninos positivos también contribuye a su estabilidad emocional al permitirles reemplazar la imagen femenina distorsionada incorporada del vínculo con la figura materna.

### **I.1 Posiciones asumidas por las madres ante el descubrimiento del incesto**

En el estudio destacó que la totalidad de la muestra señaló a la figura materna como la que principalmente tuvo conocimiento del hecho, resultado similar al

observado por Sauzier (1989) quien indica que el pequeño porcentaje de sobrevivientes que se atreven a revelar el abuso sexual sufrido frecuentemente recurre a la madre. No obstante, es contrario a los obtenidos por Yerly (1985), quien afirma que pocos sobrevivientes pueden advertir a sus madres cuando alguien los está abusando sexualmente; Haugaard y Dickon (1988), quienes indican que las mismas suelen revelar el incesto mayormente a sus figuras paternas, y Arosemena y Villalobos (1995) quienes encontraron que las figuras parentales se encontraban entre quienes tenían menos conocimiento del incesto.

Un aspecto de particular importancia radica en la impresión que suelen tener las sobrevivientes en relación al momento y modo en que sus progenitoras tuvieron conocimiento del hecho, pues, aún cuando la mayoría asevera creer que sus madres conocían de los abusos al momento de ocurrir, del mismo modo resalta que ninguna ha conversado abiertamente sobre estos temas con su madre, situación que parece implicar que ninguna cuenta con una comprobación objetiva respecto a esta percepción. Este hallazgo no es de extrañar, toda vez que se ha observado que las sobrevivientes suelen desarrollar sentimientos ambivalentes hacia las figuras maternas debido a que piensan que ellas sí tuvieron conocimiento de los abusos y no mostraron la voluntad o la capacidad de protegerlas (Herman, 1981, Antony 1990).

En relación al papel jugado por la madre se observa que los investigadores asumen diferentes posiciones, señalando algunos que la mayoría de ellas no se enteran de que está ocurriendo el incesto aún cuando podrían haberse percatado de algunos indicios (Antony, 1990, Pittman, 1995), otros que a veces las progenitoras toleran por ignorancia, falta de poder o para evitar el dolor y las consecuencias del crimen (Flores-Ortiz, 1995; Semillas para el cambio, 1987), mientras que otros indican que, a veces, ellas sospechan que algo anda mal, pero no saben qué pasa hasta que se enteran del

abuso y pueden interpretar correctamente las claves que percibían con anterioridad (Yerly, 1995)

De esta forma, debemos señalar que si bien se cuenta con estadísticas que manifiestan que hasta un 56% de las madres apoyan a sus hijas ante la revelación del incesto (Semillas para el cambio, 1987), conducta a esperar en las madres fuertes y competentes quienes no deben tolerarlo ni justificarlo, diferentes autores concuerdan en que la mayoría de las madres asumen actitudes ambivalentes (Perrone y Nannini, 1997) y de significativa angustia emocional (Hierbert-Murphy, 1988) mismas que pueden estar relacionadas a su propia historia de abuso en la infancia y a la carencia de recursos familiares, sociales y de adecuadas estrategias de afrontamiento

Cabe indicar que este aspecto es de fundamental importancia, pues los investigadores indican que la recuperación de la sobreviviente empieza con la reconstrucción del vínculo madre-hija (Herman, 1981, Hooper, 1995, Bass y Davis, 1995)

## **I.2 Conocimiento de la existencia de otros familiares sobrevivientes de incesto**

En nuestro estudio, observamos que la mayoría de las sobrevivientes indican desconocer si otros familiares también han sido víctimas de incesto, aunque hubo dos que señalaron que sus hermanas habían sido abusadas por el padre y un hermano

A este respecto, cabe resaltar que ninguna de las sobrevivientes descartó la posibilidad de que hubiesen más sobrevivientes de incesto en su familia, misma que no puede ser soslayada debido a que se cuenta con estudios que explican cómo los mecanismos grupales de negación en las familias incestuosas permiten encubrir las agresiones sexuales sufridas por sus miembros, de forma que las sobrevivientes hacen intentos inconscientes de no percatarse de la existencia de otros familiares en iguales condiciones, mecanismo a través del cual se garantiza que el patrón de interacción

familiar se repita de una generación a la siguiente (Braun-Scharm y Frank, 1989, Forward y Buck, 1991, Arosemena y Villalobos, 1995, Santamaría e Icaza, 1996).

#### **J. Consecuencias experimentadas como resultado del incesto**

En el estudio se observó que, tal como lo señalan diferentes investigaciones, el trauma producido por el incesto en la infancia, tarde o temprano, se manifiesta en daño psicológico y efectos negativos en el desarrollo de las sobrevivientes, mismos que, en función del ajuste previo y las respuestas obtenidas del medio, emergen en diferentes etapas, a lo largo de la vida de ellas, limitando su desenvolvimiento a nivel personal, familiar y laboral

A continuación, y en relación a este punto, presentamos un desglose de las principales dificultades observadas en diferentes áreas del desenvolvimiento cotidiano de las sobrevivientes adultas de incesto

##### **J.1. Consecuencias Físicas**

En el estudio se observó que las sobrevivientes reportan pocas consecuencias físicas como producto del incesto, la mitad de las cuales no serían por sí mismas indicativas de manipulación sexual, resultado que coincide con los hallazgos de otros investigadores, quienes han demostrado que la mayoría de los agresores dejan pocas evidencias físicas de sus actos, situación a pesar de la cual sería un error creer que la salud física de las sobrevivientes no está comprometida (UNICEF, 1991, Krugman, 1992, García y Sayavedra, 1996, Arosemena y Villalobos, 1997), lo que especialmente se refleja en problemas ginecológicos (Heise, 1994)

En este sentido, nos parece importante indicar que Sinal et al (1997) encontraron que médicos con entrenamiento y experiencia en evaluar niños/as abusados sexualmente no concordaban completamente en los hallazgos físicos relacionados a esta condición, por lo que recomendaron que se realizaran mayores esfuerzos para

estandarizar los hallazgos físicos, al mismo tiempo que manifestaron que era importante evitar el énfasis que se realiza sobre los mismos para determinar la existencia o no de abuso sexual.

### **J.2. Consecuencias Psicosomáticas**

En el estudio se encontró que la mayoría de las sobrevivientes reportan trastornos físicos que pueden relacionarse a los altos niveles de ansiedad que experimentan, sobresaliendo, entre los mismos, los dolores de cabeza, los malestares estomacales y las molestias musculares, resultado que coincide con el obtenido por Arosemena y Villalobos (1995), quienes encontraron que los dolores de cabeza y los malestares estomacales eran los principales trastornos identificados.

En relación a los trastornos psicosomáticos se ha observado que las sobrevivientes de incesto presentan una alta frecuencia de los mismos, lo que puede ser visto como una forma inadecuada de canalizar sus conflictos y problemas emocionales (Haugaard y Dickon, 1988; Heise, 1994; Braddock, 1999), situación a la que pueden ser particularmente susceptibles como respuesta a los efectos diarios del estrés (Thakkar y McCanne, 2000).

### **J.3. Consecuencias Psicológicas**

En el estudio encontramos que la totalidad de las sobrevivientes reportaron enfrentar diversas dificultades psicológicas, entre las que destacan los sentimientos de inseguridad y el temor a no ser capaces de hacer frente al mundo en que viven, resultados que coinciden con los observados por Herman (1981), Finkelhor y Browne, 1985; Haugaard y Dickon (1988), Courtois (1988), Palmer et. al. (1992), Mullen et. al. (1993), Roesler y McKenzie (1994), Santamaría e Icaza (1996), Romans et. al. (1996), Rodríguez et. al. (1997), Moore (1998), Holman y Silver (1998), Allen et. al. (1998), Cotter (1998), Lange et. al. (1999), Roosa et. al. (1999), Gladstone et. al. (1999), Weiss

et al (1999), Anderson et al (2000), Aguilar (2000), MacMillan et. al (2001) y Hill et al. (2001), quienes señalan que las sobrevivientes adultas de incesto presentan una amplia variedad de problemas emocionales y trastornos psicopatológicos, que incluyen aspectos como una baja autoestima, sentimientos de pérdida, miedos diversos, mayores riesgos de depresión y ansiedad, temores a volverse locas y limitada tolerancia para la cercanía física y la felicidad, algunos de los cuales concuerdan con síntomas observados como consecuencia del PTSD

En relación a estas consecuencias, cabe señalar que, durante la intervención grupal, la mayoría de las participantes informó que, con cierta frecuencia, a lo largo de su vida, habían pasado por breves períodos disociativos que relacionaban a estímulos que les recordaban los abusos sufridos

Sobre este aspecto es importante destacar que, si bien algunos autores señalan que no hay una relación significativa entre el abuso sexual y la tendencia a recurrir al mecanismo de disociación (Mulder et al , 1998, Romans et al , 1999), para otros es una de las consecuencias psicológicas más importantes resultantes del incesto (Herman, 1981, Lawrence y Froning, 1992, Zlotnick et al , 1994, Gregory-Bills y Rhodeback, 1995, Arosemena y Villalobos, 1995) reuniendo niveles de mayor intensidad en función de que el trauma sexual sea severo o se relacione a disfunción en el vínculo con la figura materna (Draijer y Langeland, 1999), de forma que se le considera un importante precursor de trastornos psiquiátricos, tales como el de personalidad múltiple (Kisiel y Lyons, 2001)

#### **J.4. Consecuencias Sociales y Familiares**

En el estudio se encontró que la mayoría de las sobrevivientes reportaron confrontar dificultades para interactuar con su ambiente familiar, social y laboral, predominando la percepción de ser rechazadas en todos sus entornos, hallazgos que

coinciden con los observados por Herman (1981), Finkelhor y Browne (1985), Courtois (1988), Haugaard y Dickon (1988), Forward y Buck (1991), Bifulco et al (1991), Echandi (1993), Mullen et al (1994), Fishman (1995), Flores-Ortiz (1995), Arosemena y Villalobos (1995), Moore (1998) y Braddock (1999), quienes señalan que las sobrevivientes de incesto enfrentan dificultades en sus vínculos familiares, para establecer relaciones emocionales significativas a largo plazo, entablar relaciones de pareja sin violencia, criar hijos/as sin permitir su victimización, lidiar con sus ambientes laborales y establecer relaciones sin hostilidad con otras mujeres

En relación a estos conflictos, hay dos aspectos que destacan en las sobrevivientes de incesto la dificultad que enfrentan para confiar en sus vínculos sociales por el temor a ser nuevamente traicionadas y su fuerte convicción de que son rechazadas por parte de su entorno, situaciones en la que pueden estar proyectando sus propios deseos de mantenerse alejadas como una forma de protección

Cabe señalar que hay estudios psicológicos que apoyan la noción de que estas consecuencias familiares se transmiten a través de las generaciones permitiendo que se perpetúen los roles disfuncionales aprendidos como consecuencia del trauma vivido (Peled et. al., 1995, Flores-Ortiz, 1995, Arosemena y Villalobos, 1997)

#### **J.5. Consecuencias Conductuales**

En el estudio se encontró que la mayoría de las sobrevivientes reportaron dificultades para controlar aspectos de su conducta que consideran problemáticos en diferentes grados de intensidad, enfocando su inquietud en la incapacidad de acceder a conductas que les permitan garantizar su integridad física y emocional, resultados que coinciden con los obtenidos por Herman (1981), Courtois (1988), Finkelhor y Browne (1985), Haugaard y Dickon (1988), Moore (1988), Forward y Buck (1991), Waller (1992), Lawrence y Froning (1992), Miller (1992), Mullen et al. (1993), Echandi

(1993), Heise (1994), Fundación Ser y Crecer (s.a ), Flores-Ortiz (1995), Santamaria e Icaza (1996), Moncrieff et al (1996), Braddock (1999) y Aguilar (2000) quienes han encontrado que las sobrevivientes se pueden involucrar en conductas tales como la ambivalencia entre la abstinencia y la promiscuidad, la búsqueda masoquista de castigo, la planeación y ejecución de actos agresivos y criminales, las necesidades inusuales de control, el abuso del alcohol y otras drogas, los trastornos alimenticios (particularmente los bulímicos) y el involucramiento en prácticas religiosas extremas

De forma particular, se ha encontrado que muchas de las sobrevivientes de incesto asumen lo que se conoce como una conducta contrafóbica, en la que la situación traumática es repetida en una forma de comportarse que es sexualmente provocadora con los hombres y que, lejos de ayudarlas a superar el trauma, las expone a ser revictimizadas en la infancia y durante su vida adulta. En relación a este punto, cabe señalar que si bien las participantes en el grupo compartieron experiencias de revictimización, demostraron poca conciencia de las conductas que podrían haberlas expuesto a las mismas

#### **J.6. Consecuencias Sexuales**

En el estudio se encontró que la mayoría de las sobrevivientes se encuentran confusas en relación a las conductas que son apropiadas dentro del desempeño sexual, al mismo tiempo que un porcentaje significativo confronta dificultades para disfrutar las relaciones sexuales, resultados que coinciden con los obtenidos por otros investigadores (Courtois, 1988; Finkelhor y Browne, 1985, Maltz, 1988, Lawrence y Froning, 1992, Mullen et. al. (1994), Fishman, 1995, Flores-Ortiz, 1995, Bass y Davis, 1995, Arosemena y Villalobos, 1997, Moore, 1998, Cheasty et al , 1998, Fundación Ser y Crecer, s.a. y Aguilar, 2000), quienes destacan que la temprana sexualización traumática sufrida por estas mujeres se refleja en diferentes tipos de alteraciones en el desempeño

sexual, sentimientos de culpa ante el interés normal por el sexo y confusión sobre el papel del sexo en las relaciones afectivas, conflictos que distorsionan la concepción de la forma normal de interactuar en las relaciones amorosas e interfieren con el logro de una vida sexual plena.

En relación a este aspecto, cabe destacar que Pistorello y Follette (1998) encontraron que los trastornos sexuales reportados por las sobrevivientes se correlacionaban directamente con el nivel de sintomatología traumática presentada en la etapa adulta, mientras que Kinzi et al. (1995) hallaron que los trastornos sexuales eran más frecuentes en quienes habían sufrido abusos múltiples que en los que habían estado involucrados en incidentes aislados.

En vista de que la sexualidad es una de las áreas más afectadas en los casos de incesto no es, en absoluto, una sorpresa que las sobrevivientes de la muestra destaquen las problemáticas sexuales como una de las principales fuentes de preocupación en su vida adulta, resaltando de forma particular que la dificultad que enfrentan, en términos generales, para establecer límites en los cuales sentirse seguras se proyecta en la esfera sexual donde, al estar confusas respecto a los comportamientos apropiados o no, temen ser agredidas nuevamente. Esta condición también puede relacionarse al hecho de que los estímulos sexuales, aun los que son deseados, las conectan de forma directa con las experiencias vividas durante el incesto.

No podemos dejar de señalar que, a pesar de la amplia variedad de secuelas observadas en las diferentes áreas del desempeño de las sobrevivientes de incesto, la mayoría de las mismas reportó no haber recibido tratamiento especializado inmediato al abuso sexual sufrido, sólo siendo atendida una de ellas por la sintomatología física que

presentó, y que fue en una etapa avanzada de la vida adulta que empezaron, por iniciativa propia, a recibir las atenciones que su condición emocional ameritaba.

#### **K. Percepción de ser víctima de abuso sexual en su vida actual**

En el estudio se observó que la totalidad de la muestra indicó durante la entrevista no ser víctimas de abuso sexual en su vida adulta, sólo refiriendo una de las sobrevivientes algún grado de desagrado con las aproximaciones sexuales de su esposo. A pesar de este señalamiento, es importante indicar que algunas de las sobrevivientes compartieron, durante la intervención grupal, haber estado expuestas a nuevos abusos sexuales en sus interacciones sociales, hechos que compartían por primera vez con otras personas por la vergüenza que les generaba.

Al analizar estos resultados es prudente tener presente la dificultad que suelen tener las sobrevivientes de incesto para identificar las diferentes formas de violencia intra y extrafamiliar en las que pueden estar involucradas y que tampoco se les facilita “romper el silencio” e ir en contra de la “lealtad familiar” delatando a los agresores, forma en que repiten los patrones fuertemente reforzados en sus familias de origen. En consecuencia, no podemos descartar totalmente que las integrantes de la muestra no estén experimentando algunas formas de violencia sexual en sus relaciones adultas de pareja.

Estos hallazgos coinciden con los estudios que indican que las sobrevivientes de incesto, debido a que carecen de las destrezas necesarias para protegerse, tienen el doble de posibilidades de ser abusadas y explotadas sexualmente en otras interacciones, durante su vida adulta o de involucrarse en relaciones que impliquen violencia, experiencias que no suelen reportar por temor a ser culpadas. Así, no es extraño observar que son vulnerables a ser víctimas de acoso sexual y hasta un 80% revelan haber sido víctimas de violación (Herman, 1981, Finkelhor y Browne, 1985, Russell,

1986, Haugaard y Dickon, 1988, McClendon, 1991, Forward y Buck, 1991; Herman, 1992, Flores-Ortiz, 1995, American Psychological Association, 1996, Moore, 1998)

#### **L. Pensamientos suicidas en las sobrevivientes de incesto**

En el estudio se observó que la mayoría de las sobrevivientes reportó no tener pensamientos suicidas al momento de la entrevista; no obstante, durante la intervención grupal todas manifestaron haber fantaseado en algún momento de su vida con el suicidio de forma más o menos elaborada, siendo capaces de identificar algunos comportamientos peligrosos en los que se habían involucrado en el pasado como agresiones contra ellas mismas (“minisuicidios”). En estas condiciones no podemos descartar la posibilidad de que no reconozcan otros actos menos violentos como intentos de lastimarse a sí mismas

En relación a estos resultados, encontramos que coinciden con los obtenidos por diferentes investigadores (Herman, 1981; Finkelhor y Browne, 1985, Haugaard y Dickon, 1988; Mullen et al , 1993; Heise, 1994, Flores-Ortiz, 1995; Santamaría e Icaza, 1996; Arosemena y Villalobos, 1997, Paniamor, 1998, Barb, et al., 1997; Academia Norteamericana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, 1998, Moore, 1998, Gladstone et al., 1999), quienes señalan que las sobrevivientes de incesto se distinguen por altos niveles de ideación y actos suicidas, los cuales, erróneamente, pueden ser vistos como conductas manipuladoras más que como un mecanismo particular de autopreservación al que recurren para enfrentar el sufrimiento generado por los recuerdos traumáticos, conducta que algunos investigadores han señalado se observa con mayor frecuencia en las víctimas de abusos sexuales que se prolongaron por largos períodos de tiempo

No obstante, es menester tener presente que el suicidio es un peligro real para las personas sobrevivientes de incesto en la infancia, toda vez que estos actos suelen ir precedidos tanto por el desarrollo de altos niveles de impulsividad y agresividad

(Brodsky et al , 2001) como por serios trastornos depresivos y disociación profunda (Kisiel y Lyons, 2001, Dube et al., 2001)

#### **M. Métodos suicidas contemplados por las sobrevivientes de incesto**

En el estudio se observó que las sobrevivientes que admitían tener pensamientos suicidas contemplaban fantasías que abarcaban métodos pasivos y con poco daño corporal tanto como otros de mayor involucramiento y destrucción física. Estos resultados coinciden con los señalamientos de diferentes autores (Herman, 1981, Courtois, 1988, Lawrence y Froning, 1992; Echandi, 1993, Santamaría e Icaza, 1996, Moore, 1998, Braddock, 1999) quienes aseveran que las sobrevivientes pueden recurrir a comportamientos e impulsos de diferente intensidad y daño a fin de distraerse de los profundos sentimientos de dolor que experimentan como consecuencia del incesto.

En este sentido, es importante indicar que Anderson (1981), Shapiro (1988), Haugaard y Dickon (1988), Tantam y Whittaker (1992) y Lawrence y Froning (1992) han encontrado que las sobrevivientes de incesto presentan con alta frecuencia conductas de automutilación (cortarse, quemarse con cigarrillos, golpearse) que no son propiamente métodos suicidas, sino intentos de disminuir el atractivo de sus cuerpos, al igual que el peligro de ser víctimas de nuevos abusos, tanto como una forma de aliviar su estrés bloqueando las memorias traumáticas y castigando “su falta” al no haber impedido el abuso.

Otro aspecto a considerar, en relación a las sobrevivientes que admitieron inicialmente tener ideación suicida con métodos pasivos, es la posibilidad de que la misma se relacione a deseos de llamar la atención más que a reales deseos de morir. Sin embargo, estas manifestaciones no deben ser fácilmente descartadas debido a que existe evidencia que relaciona un pasado de abusos sexuales con la ejecución de suicidios exitosos.

#### **N. Mecanismos utilizados para superar la experiencia del incesto**

En la investigación se observó que la totalidad de las sobrevivientes reportó el acudir a terapia individual como el principal mecanismo utilizado para superar la experiencia del incesto, medida seguida en porcentaje por la asistencia a grupos de autoestima o similares, resultados en los que resalta que la mayoría de los mecanismos utilizados por las sobrevivientes se centran en su propia capacidad de autocuidado más que en apoyos externos, conducta que puede explicarse, tal como lo señalan Arosemena y Villalobos (1997), como resultado de sus esfuerzos por ganar control sobre sí mismas y sus vidas en un intento de organizar lo que el incesto volvió inmanejable

En este aspecto es importante indicar que, tal como lo afirman diferentes investigadores (Krugman, s a., Herman, 1981, Browne y Finkelhor, 1986, Haugaard y Dickon, 1988, McClendon, 1991, Lawrence y Froning, 1992), a pesar de que las sobrevivientes de incesto, en función de la severidad de los efectos secundarios que presentan, requieren intervenciones terapéuticas que, en algunos casos, deben prolongarse por al menos dos años, la mayoría no reciben ningún tipo de tratamiento

En estas condiciones, tal como lo indican Alexander et al (1989), McClendon (1991), Price (1993) y Romans et al (1999), se observa que los comportamientos que inicialmente fueron adaptativos pueden entorpecer, posteriormente, el desarrollo de una personalidad adulta funcional, incrementar el riesgo de problemas psicológicos, exponerlas a nuevas victimizaciones e inclusive dificultar su capacidad de aprovechar las intervenciones terapéuticas en las que pueden involucrarse en la etapa adulta

En relación a este aspecto, cabe indicar que investigaciones recientes (Di Palma, 1994, Lange et al., 1999, Romans et al , 1999 y Dufour et al , 2000) coinciden en relacionar adecuados estilos de enfrentamiento a un desempeño altamente funcional de las sobrevivientes adultas de abusos sexuales en la infancia y al no desarrollo de

posteriores trastornos psicopatológicos. Así, destaca que un estilo atribucional externo, la búsqueda de un apoyo en el medio, revelar el abuso y ser capaz de darle un significado al abuso sufrido aparecen como factores protectores, mientras que la evitación de los recuerdos traumáticos contribuye a incrementar la sintomatología derivada del incesto.

#### **Ñ. Reacciones y sentimientos experimentados ante la incorporación a la intervención grupal**

En el estudio se observó que la mayoría de las sobrevivientes reportó sentimientos de tristeza y temor ante los recuerdos presentes y los que podrían activarse al incorporarse a la intervención grupal, altas expectativas y temor a sentirse parte de gente dañada, resultados que pueden interpretarse como un reflejo de la fuerte represión y negación que aún en la etapa adulta mantienen sobre el incesto sufrido, al punto de temer recordar totalmente los hechos en los que fueron involucradas y hacer frente a los sentimientos derivados de los mismos, situación en la pudo haber contribuido el no haber recibido apoyo emocional especializado de forma inmediata al abuso y que, como ya ha sido explicado anteriormente, contribuye a mantener el trauma vigente y sin ser elaborado adecuadamente.

Estos resultados coinciden parcialmente con los señalamientos de otros investigadores (Herman, 1981, Courtois, 1988, Knight, 1990, Forward y Buck, 1991, Lawrence y Froning, 1992, Bass y Davis, 1995) quienes encuentran que los sentimientos de vergüenza, el temor a ser maltratadas nuevamente, el temor a identificarse como parte de gente dañada, la dificultad para confiar y el deseo de evadirse son factores que incrementan la resistencia de las sobrevivientes adultas de incesto a participar en las intervenciones grupales, aun en aquellos casos en que están

motivadas hacia la experiencia grupal por haber participado anteriormente en terapias individuales o en grupos de crecimiento personal

Como un aspecto adicional, debemos indicar que, en el caso particular de las participantes en este estudio, se observó que, tal como lo recomiendan Herman (1992), Courtois (1988) y Bass y Davis (1995), las mismas habían sido capaces de desarrollar algún tipo de vínculo social seguro con el que contaban para incorporarse a la intervención grupal y, a pesar del dolor que experimentaban, presentaban una fuerte disposición a incorporarse a la intervención grupal, con la meta de hacer cambios que les permitiesen llevar una vida óptima, elementos que han sido relacionados a intervenciones terapéuticas más provechosas

Finalmente, en relación a este aspecto, nos parece de suma importancia tener presentes las recomendaciones que señalan que quienes realicen intervenciones grupales con esta población deben asegurarse de que las participantes, aunque se muestren temerosas, no se encuentren ambivalentes ante esta modalidad (Courtois, 1988), deben mantener las expectativas en un rango realista (Knight, 1990, Walker, 1996) y explicar la posibilidad de que, en forma inicial, en vez de mejorar los sentimientos de dolor y confusión, se pueden acentuar (Herman, 1981, Lawrence y Froning, 1992), situaciones todas que se deben manejar adecuadamente para evitar la resistencia al proceso terapéutico

#### **IV. CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD DE LAS SOBREVIVIENTES**

En relación a las características de personalidad encontradas en las sobrevivientes de incesto, debemos señalar que las mismas se corresponden con las observaciones realizadas tanto durante la entrevista psicológica inicial como a lo largo de la intervención grupal, hallazgos en los que destaca que ellas tienden a ser similares

en rasgos de personalidad que denotan un estado emocional alterado, cuadro en el que sobresale la conjunción de trastornos de ansiedad y depresión y limitaciones para autovalorarse adecuadamente e interactuar de forma armónica con su ambiente.

Los resultados encontrados respaldan que las sobrevivientes de incesto perciben e interpretan la conducta de quienes les rodean en función de sus historias traumáticas previas, de forma que su interacción social está marcada, en muchas ocasiones, por su visión inmadura y distorsionada del mundo lo que favorece que carezcan de límites definidos con su entorno, vean el medio como peligroso y se les dificulte confiar (Herman, 1992, Lawrence y Froning, 1992, Mullen et. al., 1994). De igual modo, resalta que estas percepciones desfavorables influyen en su tendencia a autodescribirse en forma excesivamente negativa (Bass y Davis, 1995, Walman et al., 1997)

Si bien no se precisó un perfil único de personalidad entre las participantes, los resultados obtenidos sustentan que, tal como lo han señalado diferentes investigadores (Herman, 1981, Finkelhor y Browne, 1985, Allen et al., 1988, Walker, 1996, Arosemena y Villalobos, 1997), las mismas manifiestan características de personalidad comunes, tales como baja autoestima, dependencia, apego inseguro y ambivalente, tendencia al aislamiento, manejo inadecuado de la ira, impulsividad, notables dificultades para confiar y pensamiento autoderrotista, condiciones que interactúan con los sentimientos de ansiedad y depresión que suelen aparecer desde la etapa adolescente de estas mujeres (Brand et al., 1996, Moreno y Pedreira, 2000)

Otro aspecto a destacar se relaciona con los hallazgos relativos a niveles moderados de ansiedad, posiblemente caracterológica, y de depresión clínica significativa en el 16 FP, mismos que se compaginan con los obtenidos en los tests de Zung. Al respecto, debemos señalar que estos resultados plantean la posibilidad de que las sobrevivientes estuviesen presentando un cuadro conformado por ansiedad y una

personalidad depresiva más que un trastorno distímico, explicación acorde con los señalamientos de autores que correlacionan, en mayor medida, este diagnóstico con situaciones de maltrato (Pérez y Urquijo, 2002) y con pérdidas emocionales significativas (Lawrence y Froning, 1992, Irastorza, 2001, Ramos y Cordero, 2001) experimentadas durante etapas tempranas de la vida. Así, resalta que las predisposiciones personales resultantes de los vínculos inseguros sostenidos con el entorno social aparecen como un factor etiológico importante en la cosintomatología ansiedad-depresión y en el desarrollo de características de personalidad que surgen como un mecanismo de afrontamiento ante estos síntomas, mismos que pueden ser mejor comprendidos en función del PTSD (Herman, 1981, American Psychological Association, 1996, Alexander et al , 1998; Carbonell et. al , 2001, Wolfsdorf y Zlotnick, 2001)

En cuanto a hallazgos patológicos, debemos señalar que, aún cuando las sobrevivientes presentaron rasgos detectados con frecuencia en esta población y que la literatura clínica ha relacionado a los trastornos de personalidad histérica y obsesivo-compulsiva (Irastorza, 2001), narcisista y mixta (Herman, 1981; Lawrence y Froning, 1992), borderline (Sheldon, 1988; Gladstone et al , 1999, García Losa, 2001), y dependiente y pasivo-agresiva (Kaplan y Sadock, 1987), no encontramos que ninguna cumpliera a cabalidad con los criterios estipulados en el DSM-IV para el diagnóstico de algún trastorno en el eje II, hallazgos consistentes con los señalamientos de Walker (1996), Herman (1992) y la American Psychological Association (1996), quienes explican la presencia de estos rasgos como síntomas acompañantes del PTSD.

En este punto, nos parece importante tener presente que, en función de que la personalidad es el resultado de una amplia variedad de factores interactuantes, no podemos asegurar que los rasgos antes señalados sean exclusivamente consecuencia de

la experiencia incestuosa, más aún cuando los datos recabados indican que la mayoría de las sobrevivientes adultas de incesto provienen de hogares disfuncionales, en los que recibieron cuidados deficientes y, en ocasiones, fueron testigos de incidentes violentos entre sus padres, experiencias que se suman a los diferentes tipos de revictimizaciones que han sufrido a lo largo de sus vidas (Arosemena y Villalobos, 1995, Sadowski et al , 1999)

De forma particular, debemos considerar el apego inseguro que típicamente suelen reportar las sobrevivientes de incesto, particularmente al describir el clima emocional existente con sus figuras maternas, toda vez que la calidad de este vínculo ha sido relacionada, de forma significativa, tanto con la estructura de personalidad que se desarrolla y el temor a los vínculos interpersonales (Alexander et al , 1988) como a la inclinación a recurrir al mecanismo de la disociación (Draijer y Langeland, 1999)

Estos resultados sugieren la necesidad de que, durante la intervención grupal, se tengan presentes las características de personalidad de las sobrevivientes de incesto y las dinámicas que contribuyeron a su formación, sobre todo porque al trabajar con los traumas del pasado se busca hacer cambios en la identidad resultante de dicha experiencia. De igual modo, resulta clara la necesidad de que se realicen investigaciones que contribuyan a precisar la naturaleza exacta de los síntomas depresivos que las mismas manifiestan, conocimiento que incrementaría nuestra comprensión de esta población y permitiría guiar las intervenciones terapéuticas destinadas a su recuperación, según sus necesidades y características particulares

## **V. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN GRUPAL**

El presente estudio tenía como objetivo principal determinar si el Programa de Intervención Grupal para Sobrevivientes Adultas de Incesto diseñado por la doctora

Gioconda Batres contribuía a lograr una disminución significativa en los niveles de depresión y ansiedad de un grupo de sobrevivientes, valorados a través de los resultados obtenidos en los tests para evaluar Depresión y Ansiedad de Zung

En los resultados obtenidos encontramos que la mayoría de las participantes lograron una disminución cuantitativa, aunque no estadísticamente significativa, entre los niveles de depresión y ansiedad previos y posteriores al tratamiento, hallazgo que discrepa de las investigaciones, que han encontrado que las intervenciones grupales de tiempo limitado y variado formato terapéutico, destinadas a sobrevivientes de incesto, logran una disminución significativa en su malestar emocional (Alexander et al., 1989, Carver et al., 1989, Winick et al., 1992, Tsai y Wagner, 1999, Talbot et al., 1999; Westbury y Tutti, 1999, Stalker y Fry, 1999)

Particularmente, se observa que una de las sobrevivientes expresa un incremento en los niveles de depresión y otra en los de ansiedad, de forma posterior al tratamiento, situación que opinamos pudo ser consecuencia de que la experiencia grupal contribuyó a una ruptura parcial de los fuertes mecanismos de defensa que ambas utilizaban (principalmente la negación y represión) para no hacer frente a los sentimientos de enojo que experimentaban hacia miembros de sus familias y agresores, conducta que fue una constante a lo largo de la intervención grupal acogiéndose ambos a razones espirituales para no ventilar sus verdaderos sentimientos

Consideramos que estos resultados también pudieron estar matizados por el estado de ánimo de las sobrevivientes ante la inminencia del cierre grupal, mismo que despertó intensos sentimientos de tristeza y enojo que las participantes relacionaron a la pérdida de un lugar seguro, situación que sugiere la necesidad de realizar una evaluación intermedia, durante la terapia grupal, a fin de contar con elementos

adicionales que nos permitan una valoración más completa de la evolución de las participantes

En este punto, cabe destacar un factor ya observado con anterioridad, el hallazgo de una cosintomatología depresión-ansiedad en las sobrevivientes de incesto, condición constatada en las pruebas psicológicas aplicadas y que ha sido relacionada con el riesgo de desarrollar alteraciones de mayor gravedad y cronicidad ante situaciones de mucha tensión, predisposición a ideación e intentos suicidas y peores resultados en las intervenciones terapéuticas destinadas a las manifestaciones depresivas, incluso a pesar de que las mismas se acompañen de tratamiento farmacológico (Brandt et al., 1996, Ayuso, 1997; Alexander et al., 1998; Kaplan y Klmetob, 2000).

De igual manera, nos parece importante contemplar que los hallazgos relativos a estas dos variables en el Test 16 Factores de Personalidad de Catell les delinear como de naturaleza caracterológica, asumiendo una predisposición relativamente estable dentro de su personalidad, por lo que debemos preguntarnos hasta qué punto estos niveles de depresión y ansiedad no son efectos residuales de una depresión mayor o un trastorno por PTSD experimentado en etapas más tempranas de la vida, sin descartar la posibilidad de un diagnóstico actual del mismo en el que se combinen elementos de distimia y síntomas de ansiedad

Estos resultados resaltan, de manera global, el hecho de que se requieren investigaciones adicionales que nos permitan tener mayor claridad en el diagnóstico, la determinación del síntoma primario, la causalidad o independencia de los síntomas depresivos y ansiosos presentados por las sobrevivientes de incesto, dentro o fuera del PTSD, y si esta situación determina necesidades particulares para esta población que deben ser contempladas dentro del tratamiento grupal, a fin de dar una respuesta más efectiva a dichos trastornos

En cuanto al programa terapéutico diseñado por la doctora Gioconda Batres, observamos que el mismo es un recurso de gran valor para organizar la intervención terapéutica con las sobrevivientes adultas de incesto, pues integra actividades en las que se contemplan, de forma paralela, el desarrollo de un fuerte apoyo social, el manejo adecuado de los sentimientos y estrategias cognitivas que investigaciones previas (Zlotnick et al , 1997, Dufour et al , 2000, Wolfsdorf y Zlotnick, 2001) han demostrado son beneficiosas para ayudar a las sobrevivientes de abusos sexuales en la infancia a recuperarse de los efectos negativos de esta experiencia.

Como alcances específicos de este programa, pudimos observar que las sobrevivientes de incesto que participaron en el estudio lograron reducir los sentimientos de aislamiento, disminuyeron la negación que aún mantenían sobre algunas de sus experiencias y sentimientos, se atrevieron a ventilar temores en relación a sus familias de origen y las actuales, expresaron mayor autoaceptación, mostraron mayor capacidad de establecer límites con su entorno y retomaron los procesos de duelo por las pérdidas sufridas, hallazgos que coinciden con los obtenidos en otros estudios basados en intervenciones grupales de tiempo limitado (Carver et al , 1989, Knight, 1990; Winick et al , 1992, Westbury y Tutti, 1999) y que han demostrado mantenerse por largo tiempo, independientemente de las características particulares de la situación abusiva o la asistencia conjunta (Morgan y Cummings, 1999) o previa (Hazzard et al , 1993) a terapia individual

No obstante, a pesar de estos logros, debemos señalar que concordamos con otros investigadores (Alexander et al., 1989, Goodwin y Talwar, 1989, Stalker y Fry, 1999) que han encontrado que, a pesar de la mejoría que las sobrevivientes de incesto alcanzan a través de las intervenciones grupales, las mismas continúan emocionalmente afectadas, situación que sugiere la necesidad de estudios adicionales que permitan

determinar si se necesitan criterios diagnósticos más precisos, a fin de diseñar programas terapéuticos específicos, si se requiere que las terapias sean de larga duración o si es necesaria la asistencia conjunta, previa o posterior a intervenciones individuales

En este sentido, concordamos con los señalamientos de Monahan y Forgash (2000) respecto a que, debido a la complejidad de los síntomas psicológicos y fisiológicos presentados por las sobrevivientes, las intervenciones terapéuticas que se desarrollen en su atención se beneficiarían de un trabajo interdisciplinario entre diferentes profesionales de la salud mental, medida con la que se podrían atender de forma integral las necesidades que pueden surgir durante la intervención grupal, aunque limitando a casos excepcionales la utilización de tratamiento farmacológico

En otro orden de ideas, también es importante tener presente que, aunque prácticamente no se cuenta con estudios que demuestren la efectividad de los tratamientos especialmente destinados a las sobrevivientes de abuso sexual en la infancia que presentan PTSD, algunas investigaciones han encontrado que las intervenciones grupales enfocadas en el manejo de sentimientos son particularmente beneficiosas (Zlotnick et. al , 1997; Wolfsdorf y Zlotnick, 2001) En este contexto nos parece oportuno indicar que consideramos que el programa de la doctora Batres debe contemplar más sesiones destinadas al manejo del enojo e incorporar sesiones que permitan un abordaje estructurado de las dificultades que se desprenden del vínculo madre-hija, temas que demostraron ser de vital importancia para las sobrevivientes y a los cuales se asociaron fuertes emociones que se mantuvieron vigentes a lo largo de toda la intervención

De igual forma, tal como lo han señalado diferentes investigadores (Courtois, 1988, Alonso y Swiller, 1993, Tyson y Goodman, 1996), opinamos que el sólo hablar del trauma no ayuda a las sobrevivientes a superar sus secuelas y que ayudarlas a

comprender su forma de interactuar con su medio, a través de la información que nos proporcionan sus reacciones durante las intervenciones grupales, es de vital importancia, por lo que sería de mucha utilidad que este programa también contemplara elementos de orientación para las terapeutas, a fin de que esta meta se logre sin que se pierda el enfoque en el proceso grupal. En este sentido, creemos que mayor información sobre los patrones de interacción y defensas más utilizadas por las sobrevivientes podría contribuir a una intervención más efectiva con esta población.

En función de la experiencia desarrollada con este grupo y las investigaciones que han destacado como los estilos de enfrentamiento a los que las sobrevivientes recurren determinan su capacidad de superar la experiencia traumática y beneficiarse de las intervenciones terapéuticas (Lawrence y Froming, 1992; Dufour et. al., 2000), coincidimos con los señalamientos de Courtois (1988), Alexander et al (1989) y la American Psychological Association (1996) quienes indican la necesidad de mejorar los criterios de selección de las participantes, tomando en cuenta sus características individuales, y evaluar la utilidad de diferentes enfoques terapéuticos y determinadas experiencias de entrenamiento, previas a la incorporación a la intervención grupal, con el fin de incrementar la probabilidad de resultados exitosos.

No podemos dejar de resaltar, como un logro de este programa, el hecho de que las participantes adquirieron mayor conciencia de su necesidad de tratamiento adicional, opción que descartaban de forma previa, por creer que ya habían cubierto todas sus dificultades psicológicas, y se mostraron dispuestas a retomar las intervenciones individuales a las que habían acudido con anterioridad a fin de revisar, con una nueva perspectiva, los temas abordados durante el programa grupal.

En relación a este punto cabe señalar que, aunque no se puede negar que la experiencia grupal constituye una alternativa efectiva con esta población, en base a los

resultados observados durante el presente estudio, no puede ser considerada como un sustituto del tratamiento individual. En consecuencia, nos parece recomendable que las intervenciones grupales de tiempo limitado en las que se incorporen las sobrevivientes de incesto constituyan una etapa dentro de un tratamiento global cuyas actividades deben diseñarse en función de sus necesidades específicas, siempre buscando, como meta final, que ellas le den un nuevo significado a sus experiencias de abuso y logren valorar su realidad desde una nueva perspectiva

Como consideración final, nos parece oportuno recordar que, tal como lo señala Batres (1997), aún cuando no existen soluciones completas para las sobrevivientes de incesto y los niveles de recuperación pueden variar entre ellas, muchas logran a través de las intervenciones terapéuticas un nivel de vida de gran calidad al sentirse con mayor control sobre su presente y su futuro, resultado que, no obstante, no descarta la posibilidad de requerir apoyos adicionales ante situaciones posteriores que las pongan en contacto con recuerdos dolorosos del pasado

## CONCLUSIONES

### Con respecto a la violencia familiar y el incesto

- La violencia dirigida contra las mujeres, en las diversas modalidades reconocidas en la actualidad, es un fenómeno cuyos registros se remontan a los inicios de la humanidad y que todavía en nuestros días se mantiene como un importante problema social
- A pesar de que se ha planteado la existencia de una variedad de factores en la etiología de la violencia contra las mujeres, existe un consenso general en relación a que sus raíces se sustentan en las creencias socio-culturales predominantes que la justifican
- La violencia contra las mujeres se observa a nivel familiar, social e institucional, aunque sus consecuencias son más evidentes en el primer contexto, siendo los abusos sexuales en la infancia una forma oculta y grave de esta violencia
- Aun cuando se han logrado mayores niveles de conciencia comunitaria en relación a la gravedad de los actos de violencia crónica que se desarrollan a lo interno de las familias panameñas y sus efectos en la salud mental de sus víctimas, las mismas aún pasan fácilmente desapercibidas en las dependencias sanitarias y legales a las que acuden por ayuda. Situación que explica la frecuencia con la que los registros estadísticos no reflejan la dimensión real de esta problemática, lo que es particularmente cierto en lo relativo a los casos de incesto
- Si bien en los últimos años se ha observado un incremento significativo en los reportes de incesto en nuestro país, los mismos se corresponden principalmente a mujeres adultas que buscan atención profesional para sus alteraciones emocionales.

Como evidencia de la poca atención brindada al sufrimiento de los niños/as expuestos a la violencia intrafamiliar y el incesto se observa que no se han desarrollado protocolos uniformes que permitan su identificación temprana, a fin de garantizar que reciban las intervenciones terapéuticas que les permitan alcanzar un funcionamiento adulto sano

El incesto suele ocurrir en familias que se caracterizan por un fuerte aislamiento social y por la poca instrucción que se brinda a los hijos/as en relación a temas sexuales, situación que limita sus conocimientos sobre las medidas a tomar frente a un intento de abuso sexual por parte de los adultos que les rodean

El número de abusos sexuales perpetrados por miembros de la familia nuclear, conocidos y/o amistades es superior al cometido por extraños, pero esta situación no es necesariamente la más reportada ante las autoridades

En la mayoría de los casos no se utiliza la fuerza física para perpetrar el abuso sexual, pues los abusadores evitan dejar evidencias de sus acciones e intentan involucrar a las sobrevivientes a través de “rituales” con los que vencen su resistencia.

Una baja proporción de las sobrevivientes de incesto se atreve a romper el secreto de su victimización y un número muy pequeño de las que lo hacen reciben el apoyo familiar y social acorde a sus necesidades particulares

Con frecuencia las sobrevivientes de abusos sexuales en la infancia se involucran en relaciones adultas, sociales y de pareja, en las que son agredidas y explotadas emocional, física y/o sexualmente

Las sobrevivientes de incesto presentan notables dificultades en el establecimiento de vínculos emocionales adecuados con sus hijos/as, interacción en la que suelen recrear la dinámica vivida con sus propias figuras maternas

Un considerable número de sobrevivientes de incesto presenta rasgos de personalidad similares a los encontrados en el trastorno límite de personalidad, pero también es frecuente observar rasgos de los trastornos por personalidad dependiente y obsesivo-compulsiva.

El mecanismo de la disociación ha sido fuertemente relacionado a experiencias de abuso sexual en la infancia, siendo resaltado como un elemento vital en el desarrollo de síntomas psiquiátricos y conductas de alto riesgo para la integridad de las sobrevivientes, tales como el suicidio

No se puede adjudicar únicamente al abuso sexual en la infancia la responsabilidad de generar enfermedad mental, pues el grado y variedad de las repercusiones emocionales provocadas por la experiencia traumática que representa el incesto depende de la conjunción de una multiplicidad de factores personales, familiares y sociales

Los patrones disfuncionales de interacción sostenidos con la familia de origen, particularmente con la figura materna, no sólo contribuyen al desarrollo de posteriores alteraciones psicopatológicas sino que son determinantes en que los efectos negativos del incesto se amortiguen, se agudicen o se consoliden

Existe una fuerte asociación entre el abuso sexual en la infancia y la aparición de trastornos ansiosos y depresivos durante la vida adulta, hallazgo que es más significativo en las sobrevivientes que reportan que estos abusos incluyeron penetración o intento de penetración

Los estilos de afrontamiento desarrollados por las sobrevivientes de incesto, a raíz de esta experiencia traumática, juegan un papel fundamental en la sintomatología presentada durante la etapa adulta, sobre todo en la expresión de los síntomas depresivos y ansiosos

La cosintomatología de los trastornos de ansiedad y depresión es un hallazgo frecuente en las sobrevivientes adultas de incesto, mismos que son motivo de consultas relativamente frecuentes en el área de la salud mental, aunque suelen pasar desapercibidos como parte de un conjunto que, en ocasiones, puede ser mejor explicado dentro de un trastorno de estrés postraumático.

La coexistencia de los trastornos de ansiedad y depresión favorece el desarrollo y mantenimiento de los conflictos emocionales de las sobrevivientes, siendo de vital importancia en las respuestas que las mismas brindan a las intervenciones terapéuticas

Las sobrevivientes de incesto presentan un alto riesgo de desarrollar el trastorno de estrés postraumático, mismo que se incrementa en conjunción con factores de la vida familiar y el contexto social sin embargo, con frecuencia, este no es diagnosticado ni tratado adecuadamente

Las personas que sufrieron abusos sexuales en la infancia constituyen un alto porcentaje de los adultos/as que buscan psicoterapia u otro tipo de tratamiento mental, aunque frecuentemente no revelan su condición de sobrevivientes

Las personas que fueron severamente traumatizadas mediante abuso sexual infantil pueden requerir internamiento o largos procesos de psicoterapia externa, los cuales no siempre están disponibles debido a limitaciones financieras

Por las características inherentes a esta problemática, se han publicado pocas investigaciones con buenos controles metodológicos que permitan valorar la efectividad de las intervenciones grupales con las sobrevivientes de incesto en la infancia.

Diferentes tipos de terapias grupales de tiempo limitado son indicadas como alternativas terapéuticas para las sobrevivientes adultas de incesto, práctica que se

mantiene aún cuando las investigaciones realizadas sobre las mismas arrojan resultados mixtos

- En la actualidad se reconoce que variables como el nivel educativo, el estatus civil, el tipo de contacto sexual ejercido y los niveles iniciales de depresión y ansiedad son determinantes en los resultados obtenidos en la intervención grupal con sobrevivientes adultas de incesto
- Las víctimas de abusos sexuales múltiples, sobre todo a edades tempranas, presentan mayores dificultades para superar las secuelas del incesto y beneficiarse de la intervención terapéutica

#### **Con respecto a los resultados de la entrevista inicial**

- Las familias de origen de las sobrevivientes de incesto se caracterizaron por vínculos afectivos débiles, pobre interacción con la familia extendida y excesivos controles en la expresión de las emociones y los contenidos de la comunicación diaria, situación particularmente evidente en relación a los temas sexuales
- Las relaciones familiares de las sobrevivientes de incesto se presentan significativamente deterioradas, destacando que el vínculo con la madre es distante y se caracteriza por notable desconfianza
- En la mayoría de las familias de origen de las sobrevivientes de incesto se vivieron situaciones de violencia emocional y económica
- Las sobrevivientes de incesto manifiestan notables dificultades para establecer relaciones de pareja satisfactorias, mismas en las que las perturbaciones sexuales ocupan un papel importante, de modo que tienden a evitar el matrimonio, la separación y el divorcio
- La edad de inicio de los hechos incestuosos se ubica en los cinco años, siendo la mayoría incidentes únicos aunque es frecuente que se reporten abusadores múltiples

Los espacios donde ocurrieron los abusos sexuales eran lugares de gran familiaridad para las sobrevivientes, siendo reportados sus propios hogares como los principales escenarios de estos hechos

La mayoría de los agresores eran hombres cercanos física y/o emocionalmente a las sobrevivientes de incesto, sobresaliendo entre estos los hermanos, convivían con ellas al momento de ocurrir los abusos sexuales y pocos fueron descubiertos o confrontados

Una proporción baja de las sobrevivientes de incesto reveló durante su infancia el abuso sexual sufrido, no recibiendo ninguna la intervención integral que su condición requería

En la mayoría de los casos, los agresores no utilizaron la fuerza física para perpetrar el abuso sexual y, más que intentar consumir una relación sexual completa, principalmente ejecutaron variadas formas de manipulación corporal

Las sobrevivientes adultas de incesto reportaron a nivel familiar, social, emocional y sexual una sintomatología variada que adquirió características específicas a lo largo de su desarrollo evolutivo, describiendo de forma particular síntomas de ansiedad y depresión

La experiencia subjetiva del abuso sexual se vincula a altos niveles de temor, vergüenza, enojo y sentimientos de culpabilidad, siendo pocos los casos en que se relaciona a sentimientos de lástima o placer

Aun cuando algunas sobrevivientes admitieron haber experimentado breves períodos disociativos, la proclividad a este mecanismo no se encontró ampliamente extendida entre las participantes del estudio

- Pocas sobrevivientes de incesto admiten abiertamente su ideación suicida, observándose que fantasean por igual con métodos pasivos y activos para acabar con su vida.
- Si bien no es posible establecer un perfil único de personalidad para las sobrevivientes adultas de incesto, en las mismas destacan rasgos comunes, tales como la ambivalencia entre la dependencia y la desconfianza, el autoderrotismo, la tendencia al aislamiento, la inmadurez, la impulsividad, y las dificultades para la comunicación y para moderar la expresión de la ira, que pueden interferir con su capacidad de establecer vínculos óptimos a nivel social y durante la experiencia grupal

#### **Con respecto al proceso terapéutico**

- A pesar de que en la actualidad se cuenta con mayor literatura en relación a la problemática del incesto, se han publicado pocos formatos terapéuticos para guiar las intervenciones grupales con las sobrevivientes adultas
- En función de las diferentes formas que asume el incesto, resalta la necesidad de que el tratamiento destinado a la atención de sus sobrevivientes se adapte a las necesidades individuales de las mismas, tratando tanto el trauma original como sus consecuencias en la vida adulta.
- A fin de asegurar el empoderamiento de las sobrevivientes de incesto, es importante que durante la intervención grupal se resalten las características comunes de cada experiencia, se reconozcan las fortalezas con las que enfrentaron el abuso y se ataquen los sentimientos de culpa ubicando la responsabilidad en la persona que cometió la agresión.

- A nivel clínico, destaca que los mecanismos de defensa utilizados por las sobrevivientes de incesto juegan un papel vital en la capacidad de las mismas para involucrarse y obtener máximos beneficios de la intervención grupal
- Para lograr avances significativos en el proceso terapéutico con las sobrevivientes adultas de incesto, resulta de suma importancia establecer un nivel de confianza mínimo que se debe mantener a lo largo de la intervención grupal

#### **Con respecto a la transferencia y la contratransferencia**

- En la experiencia grupal con las sobrevivientes de incesto, resalta su tendencia a desconfiar de las facilitadoras sobre quienes impresionan proyectan cualidades negativas en función de sus experiencias infantiles, particularmente las relacionadas a la figura materna.
- Se observa que las sobrevivientes de incesto, en función de su conducta suspicaz, con frecuencia despiertan en las facilitadoras del proceso grupal sentimientos de desprotección y desesperanza que son herramientas importantes para comprender su progreso y bloqueos durante el tratamiento

#### **Con respecto a los resultados finales**

- Los historiales clínicos de las sobrevivientes de incesto son de fundamental importancia para establecer las necesidades específicas de las participantes en el tratamiento grupal y orientar la intervención terapéutica destinada a mitigar sus trastornos emocionales
- A pesar de que se observó una mejoría cuantitativa en los niveles de depresión y ansiedad de la mayoría de las participantes en el presente estudio, la variabilidad de los resultados obtenidos revela la necesidad de identificar las características individuales y grupales que se asocian a resultados más exitosos en la intervención

grupal con sobrevivientes adultas de incesto, a fin de que se les pueda potenciar tanto en una selección más cuidadosa de las integrantes como en la planificación del tratamiento

Se observó que las sobrevivientes adultas de incesto que confrontaban mayores dificultades en el vínculo con la figura materna y en la expresión del enojo, reflejaban resultados menos favorables como resultados de la intervención grupal

Se necesita evidencia más sistemática que apoye a las intervenciones grupales como una estrategia terapéutica efectiva para las sobrevivientes de incesto en la infancia y que permita determinar, además, si aquellos casos que reúnen criterios para diagnósticos específicos requieren enfoques terapéuticos particulares y/o terapias de tiempo prolongado

Si bien la intervención grupal de tiempo limitado contribuye a disminuir algunos de los efectos negativos asociados a la experiencia del incesto, sus resultados no permiten descartar la necesidad de terapia adicional para muchas de las sobrevivientes adultas, lo que es particularmente cierto para aquellas que experimentaron traumas severos, crónicos o a edades muy tempranas

La experiencia grupal contribuyó a que la mayoría de las participantes, quienes contaban con experiencias previas en atenciones terapéuticas individuales, se sintieran estimuladas a buscar tratamiento adicional al comprender que aún enfrentaban dificultades emocionales que debían abordar dentro de un marco terapéutico

Se hace necesario identificar los mecanismos de defensa y las estrategias de enfrentamiento que las sobrevivientes de incesto utilizan para interactuar con su ambiente social, toda vez que también pueden limitar la efectividad de la intervención grupal

Los efectos de la coexistencia de los trastornos de ansiedad y depresión en las sobrevivientes adultas de incesto se observó desde las primeras fases de la intervención, toda vez que la conjunción de sus síntomas contribuyó a limitar la respuesta al tratamiento, interfiriendo con su disponibilidad a involucrarse en la dinámica grupal

En función de las evaluaciones realizadas, consideramos posible que muchas sobrevivientes adultas de incesto manifiesten síntomas compatibles con los criterios del DSM-IV para el trastorno de estrés postraumático (PTSD), condición en la que se pueden lograr mayores beneficios terapéuticos dentro de un abordaje conjunto de psicoterapia individual, grupal y, en algunos casos, farmacoterapia.

Al lograr una mayor comprensión sobre el PTSD, particularmente sobre los síntomas depresivos y ansiosos que abarca, será posible diseñar y evaluar programas terapéuticos para las sobrevivientes adultas de incesto afectadas con este desorden que incluyan protocolos operativos más detallados y la estandarización de las técnicas de valoración de los síntomas pre y postratamiento

Se necesitan investigaciones con mayores controles sobre las variables interactuantes, a fin de determinar si el programa de intervención grupal de corta duración diseñado por la Doctora Gioconda Batres es una alternativa efectiva para atender las necesidades emocionales de las sobrevivientes adultas de incesto, en general, o si puede tener mayor aplicabilidad en casos o temáticas particulares

Nuestros hallazgos sugieren que el tratamiento grupal de corta duración diseñado por la Doctora Gioconda Batres puede resultar beneficioso para las sobrevivientes de abuso sexual en la infancia con niveles moderados de PTSD, siempre y cuando las metas que se establezcan sean realistas, en función de las características

particulares de cada caso, y el sistema emocional no se encuentre severamente debilitado.

## **RECOMENDACIONES**

### **A nivel de la sociedad**

- Se debe exigir a las autoridades gubernamentales que le brinden mayor atención a esta problemática e incrementen los presupuestos asignados a las instituciones encargadas de enfrentarla
- Se debe promover la participación concertada del Estado y las Organizaciones No Gubernamentales en el diseño de políticas y programas destinados a brindar atención especializada y seguimiento integral a las sobrevivientes de incesto, con el fin de prevenir y disminuir las consecuencias que pueden derivarse de esta condición
- Las autoridades deben aplicar las leyes dirigidas a garantizar la protección legal de las víctimas de violencia intrafamiliar e incesto, elaborando normas que faciliten su ejecución
- Se debe revisar el concepto de incesto manejado por las instituciones gubernamentales, sanitarias y legales, al igual que los procedimientos utilizados en las denuncias por abuso sexual, a fin de garantizar que se les actualice con las tendencias manifestadas en las investigaciones más recientes y no se revictimice a los/as sobrevivientes que acudan a ellas en busca de atención y/o protección
- Se debe crear un departamento técnico en el órgano judicial integrado por equipos interdisciplinarios entrenados y destinados específicamente a la evaluación integral de todas las esferas de funcionamiento de las sobrevivientes de abusos sexuales e incesto, niños/as y adultos/as, dependencia que además debe brindar seguimiento a los reportes de abuso sexual que se le presenten

- Se debe establecer un sistema de registro nacional de las estadísticas de violencia intrafamiliar, en general, y del incesto, en particular, a fin de que podamos contar con cifras más cercanas a la realidad que permitan un planeamiento racional de los recursos gubernamentales y privados destinados a darle respuesta a estas problemáticas
- Se deben diseñar y presentar campañas preventivas periódicas en los medios de comunicación social con contenidos relacionados a la educación sexual y la prevención del abuso sexual e incesto, de forma que se sensibilice a la comunidad sobre la vigencia de esta problemática, en nuestro país, y la necesidad de que se denuncien los casos de los que se tenga conocimiento
- Se deben desarrollar programas dirigidos a la prevención y atención de casos de violencia intrafamiliar e incesto con las organizaciones comunitarias a lo largo del país, a fin de involucrarlas en estas temáticas y promover la ruptura de las creencias culturales y sociales que intentan justificar la existencia de estos hechos.

#### **A nivel educativo**

- Se deben realizar talleres de capacitación urgentes y permanentes sobre la realidad de la violencia intrafamiliar y el incesto para todos los profesionales de la salud mental, sistema judicial, área educativa y otros que deban atender este tipo de problemática toda vez que, eventualmente, sus labores les harán entrar en contacto con sobrevivientes, entrenamiento en el que se debe enfatizar la importancia de que estos profesionales revisen sus actitudes y prejuicios en relación a la violencia familiar y el incesto e incorporen métodos con los que no procedan a revictimizar a quienes acudan a su atención

- Las universidades que a nivel nacional imparten la carrera de psicología, y otras afines al sector salud y legal, deben incluir en sus currículos, de forma obligatoria, contenidos dirigidos a capacitar a sus egresados en el reconocimiento de los indicadores físicos y emocionales del incesto en la infancia y la vida adulta, las dinámicas traumatogénicas, las consecuencias del incesto y en ser capaces de utilizar técnicas específicas de entrevista que les permitan obtener información pertinente en relación a esta problemática. Adiestramiento que contribuirá a que, desde una perspectiva sensible y respetuosa, sean capaces de explorar cómodamente cualquier sospecha de incesto en los casos que deban atender durante su ejercicio profesional
- Se debe capacitar a maestros y profesores, a nivel nacional, en la educación preventiva del abuso sexual e incesto, como en la enseñanza de modelos de interacción familiar que contribuyan a romper los esquemas tradicionales sexistas y favorecer un trato adecuado e igualitario entre sus miembros componentes
- Se deben mejorar las propuestas curriculares, a nivel de primaria, secundaria y universidad, a fin de que se incluyan contenidos que contribuyan a la adquisición de una conducta sexual adecuada y a la prevención de la violencia doméstica y el incesto, propuesta que puede incorporar la identificación de los mitos que permiten su extensión, medida con la que se contribuiría a hacer los/as niños/as y jóvenes menos vulnerables a estos hechos.
- Se deben crear programas educativos, a nivel de los hospitales y centros de salud, con el fin de educar a los padres en relación al desarrollo y cuidado que los/as niños/as requieren, medida que puede contribuir a prevenir situaciones de abuso sexual e incesto y que se debe enfocar, de forma primordial, sobre aquellos padres o

familias en las que se detecten características que les identifiquen como una población de alto riesgo

- Se deben promover investigaciones en las diferentes áreas de las ciencias sociales y médicas, de forma que se contribuya a incrementar, cuantitativa y cualitativamente, los conocimientos científicos sobre la realidad del incesto en nuestro país

#### **A nivel terapéutico**

- El sistema de salud debe crear servicios de salud mental para atender de forma exclusiva los casos de violencia intrafamiliar, violación e incesto, centros en los cuales la atención debe ser brindada por personal femenino con capacitación formal para esta labor, a fin de asegurar una atención integral las sobrevivientes de estas conductas violentas.
- Se deben crear centros destinados al tratamiento y rehabilitación de los agresores, particularmente los ofensores sexuales, atención que debe ser brindada por personal con entrenamiento especializado en esta área.
- Se requieren estudios adicionales que incluyan definiciones estandarizadas del concepto incesto y que examinen, de forma individual y en conjunto, como se interrelaciona esta experiencia con otros factores para determinar sus efectos negativos, lo que puede contribuir a una mejor comprensión de los diferentes tipos de trastornos y necesidades terapéuticas que se derivan de esta condición
- En función de la diversidad de problemas experimentados por esta población, es urgente evaluar los niveles de efectividad, en Panamá, de aproximaciones terapéuticas (terapia individual, grupal o de pareja) que han demostrado ser exitosas con las sobrevivientes de incesto en otros países
- Es necesario que se realicen investigaciones a nivel nacional, con diferentes modalidades de intervención grupal, de forma que contemos con criterios objetivos

que nos permitan determinar si son alternativas terapéuticas eficaces que se deben considerar al trabajar con sobrevivientes de incesto

En los servicios de salud de Panamá se deben elaborar formatos de evaluación y atención especializada, que tomen en cuenta las características de las sobrevivientes de incesto, a fin de garantizar que a las mismas se les brinde un servicio estructurado

A fin de evitar la revictimización de las sobrevivientes de incesto, se debe contemplar la inclusión de sus familias en los programas de atención y seguimiento que se les brindan.

En función de que la intervención grupal puede incrementar los conflictos existentes en las relaciones de pareja de las sobrevivientes de incesto, resulta importante valorar cuidadosamente la calidad de estos vínculos y considerar la posibilidad de la asistencia a terapia de pareja, de forma paralela al tratamiento grupal.

Es recomendable recibir supervisión formal por parte de un terapeuta con entrenamiento en intervención grupal, preferiblemente con experiencia en la temática del incesto, a fin de lograr una mayor comprensión de los procesos que se desarrollan a lo interno de las sesiones grupales y evitar errores en la facilitación del grupo

Consideramos que el programa terapéutico diseñado por la doctora Gioconda Batres se enriquecería al incorporar sesiones destinadas a la expresión de los sentimientos experimentados hacia la familia de origen, sobre todo a la figura materna, e información relativa a los estilos de afrontamiento más frecuentes observados en esta población

## **BIBLIOGRAFIA**

## BIBLIOGRAFÍA

### Textos:

- 1 Antony, C. “Mujer y Victimización Estudio Penal-Criminológico sobre algunos Delitos Sexuales”. Institución de Criminología, Universidad de Panamá. Panamá. 1990
- 2 Arosemena, D y Villalobos, Z “Estudio de las Consecuencias Físicas, Psicológicas y Sociales en Personas Adultas Sobrevivientes del Incesto”. Tesis de Maestría en Ciencias de la Familia con especialidad en Orientación Familiar Universidad Santa María La Antigua. Panamá. 1995
3. Arosemena, D y Villalobos, Z. “Una Pesadilla Silenciada. Sobrevivientes de Incesto”. Imprenta Universitaria. Panamá. 1997
- 4 Asociación Americana de Psiquiatría: “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” Editorial Masson, S. A. Barcelona, España. 1995
- 5 Barb, J et al “La Estructura Familiar e Interacción Marital de 60 Mujeres Víctimas de Violencia Intrafamiliar”. Tesis de Maestría en Ciencias de la Familia con especialidad en Orientación Familiar. Universidad Santa María La Antigua. Panamá. 1995
- 6 Bass, E y Davis, L. “El Coraje de Sanar”. Ediciones Urano. Barcelona, España 1995.
- 7 Batres, G : “Tratamiento Grupal para Sobrevivientes de Incesto”. Proyecto de Capacitación permanente en el tema de la Violencia Doméstica. ILANUD. San José, Costa Rica. 1994
8. Batres, G et al.: “Manual de Capacitación en Violencia Doméstica para el Curso Policiaco”. Proyecto de capacitación en violencia doméstica, ILANUD. Escuela de Policía, Ministerio de Seguridad Pública San José, Costa Rica. 1995
9. Batres, G . “Del Ultraje a la Esperanza Tratamiento de las Secuelas del Incesto” Programa Regional de Capacitación en Contra de la Violencia Doméstica. ILANUD San José, Costa Rica 1997.
- 10 Bellack, A. y Hersen, M : “Métodos de Investigación en Psicología Clínica”. Biblioteca de Psicología N° 41. Editorial Desclée De Brouwer, S A Bilbao, España 1989.
11. Bernstein, D. y Nietzel, M. “Introducción a la Psicología Clínica”. Libros McGraw-Hill México, D F. 1982
- 12 Birket, H. “Lo Profundo de la Personalidad”. Editorial El Manual Moderno

México, D. F 1993

- 13 Blanco, A. "Estudio Comparativo entre los Estados Emocionales (Ansiedad y Depresión) en un Grupo de Mujeres Gestantes y sus Condiciones de Embarazo, Parto y de las Respuestas Conductuales de los Recién Nacidos" Trabajo de Graduación para optar por el Título de Licenciado en Psicología Universidad de Panamá Panamá Inédita. 1985
- 14 Bowlby, J et al "Maternal Care and Mental Health" Schoken Books New York U.S 1966
- 15 Bowlby, J "Los Origenes de la Teoría del Apego", Una Base Segura Conferencia número 2 Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1989
- 16 Braddock, C. "Las voces del cuerpo Respiración, sonido y movimiento en el proceso terapéutico" Serie Mayor. Editorial Desclee De Brouwer, S. A. Bilbao, España 1999
- 17 Bradley, D. "The domestic violence sourcebook". RGA Publishing Group California, Estados Unidos de América. 1995
18. Branden, N: "Los Seis Pilares de la Autoestima" Segunda Edición Ediciones Paidós Ibérica, S. A. Barcelona, España. 1995.
19. Bradshaw, J. "Volver a la Niñez" Editorial Selector. México, D.F 1991
- 20 Calle, R. "Ante la ansiedad" Tercera Edición. Ediciones Urano, S.A.1990
- 21 Calvo, Y. "Las Líneas Torcidas del Derecho" Programa Mujer, Justicia y Género San José, Costa Rica. 1996
- 22 Canfield, L y Sarnocky, F. "Terapia de Grupo con Adolescentes Femeninas Víctimas de Incesto". Fundación Ser y Crecer. San José, Costa Rica. s a
- 23 Carcedo, A y Verbaken, K "La Paz Comienza en Casa" Cefemina San José, Costa Rica 1992
- 24 Cattell, H. "Lo Profundo de la Personalidad. Aplicación del 16 FP". Editorial El Manual Moderno, S A. México, D F. 1993
- 25 Cefemina "Incesto y Agresión Sexual de Menores". Encuentro Centroamericano y del Caribe sobre violencia contra la Mujer Memorias CEFEMINA. San José, Costa Rica 1991
- 26 CLADEM "Protección Internacional de los Derechos Humanos de las Mujeres". Instituto Interamericano de Derechos Humanos. San José, Costa Rica 1997

- 27 Clark, A “Luces en la Oscuridad” Editorial San Pablo Bogotá, Colombia 1995
- 28 Cohen, A “Establecimiento de grupos en un consultorio de práctica privada”, Psicoterapia de grupo en la práctica clínica, Anne Alonso y Hillel Swiller (ed ). Editorial El Manual Moderno México, D. F 1995 Págs. 353-362.
- 29 Coleman, D “La Inteligencia Emocional” Javier Vergara Editor, S A Buenos Aires, Argentina. 1996.
- 30 Corey, G “Teoría y Práctica de la Terapia Grupal” Biblioteca de Psicología Editorial Desclee De Brouwer, S A Bilbao, España. 1995
- 31 Corsi, J “Un Modelo Integrativo para la Comprensión de la Violencia Familiar” Campaña Nacional de Prevención del Abuso Físico y Sexual. Guía Educativa para Monitores. Asunción, Paraguay 1991
- 32 Corsi, J “Una Mirada Abarcativa sobre el Problema de la Violencia Familiar” Una Mirada Abarcativa sobre un Grave Problema Social. Jorge Corsi (Compilador) Colección Psicología, Psiquiatría y Psicoterapia N° 40. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1995
- 33 Cuevas, R. y Gutiérrez, M “Estrategias para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar” Colección Metodologías N° 7 Documento del Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. San José, Costa Rica. 1997.
- 34 Chase, N “Mujeres, Migraciones y Violencia”, en Mujeres, Más Allá de la Marginación. Incolaza Terreros (comp.) Instituto de la Mujer Panamá. 1990
- 35 Chaverri, M et al “Sentir, Pensar y Enfrentar la Violencia Intrafamiliar” Colección Metodologías N° 7 Documento del Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia San José, Costa Rica 1997
- 36 Davidoff, L “Introducción a la Psicología” Editorial McGraw-Hill México, D F 1984
- 37 DiCaprio, N “Teorías de la Personalidad” Editorial McGraw-Hill México, D. F 1989
- 38 Dowdeswell, J “La violación Hablan las mujeres” Editorial Grijalbo, S A. México, D. F , 1987
- 39 Doyle P y Behrens, D . “The Child in Crisis” McGraw-Hill Book Company. New York, United States of America. 1986.
- 40 Drake, E y Gilroy, A “Getting Together Helping You to Help Yourself” Child Care Publications. Florida, Estados Unidos. 1983.

41. Durrant, M y White, C. "Ideas for Therapy with Sexual Abuse" Dulwich Centre Publications Adelaide, South Africa. 1990
- 42 Engler, B. "Introducción a las Teorías de la Personalidad" Cuarta Edición Editorial McGraw-Hill Interamericana. México, D F. 1996
- 43 Estrada, L. "El Ciclo Vital de la Familia" Segunda Edición Editorial Posada. México, D F. 1997
- 44 Ferreira, G "La Mujer Maltratada" Editorial Sudamericana, S A Buenos Aires, Argentina. 1989
- 45 Ferreira, G : "Hombres Violentos, Mujeres Maltratadas". Editorial Sudamericana, S A. Buenos Aires, Argentina. 1992
- 46 Fishman, H "Tratamiento de adolescentes con problemas" Primera edición Editorial Paidós Ibérica, S. A. Barcelona, España. 1995.
- 47 Fontana, V · "The Maltreatment Child: The Maltreatment Syndrom in Children" Second Edition. Charles Thomas Publisher Illinois, U. S. A. 1971
- 48 Forward, S y Buck, C "Padres que Odian" Ediciones Grijalbo, S A. México, D F 1991
- 49 Frank, J · "Incesto Ayuda para las víctimas" Editorial CLIE Barcelona, España. 1992
- 50 Fulmer, J "La presentación oculta de los adultos supervivientes de incesto u otras agresiones sexuales en la infancia", Psicología de la violencia en hogar Estudio, consecuencias y tratamientos Sandra Stith, Mary Williams y Karen Rosen (ed). Biblioteca de psicología Desclée De Brouwer Bilbao, España. 1992. Págs 257-274
- 51 Gabbard, G "Treatments of Psychiatric Disorders" Volume 2 Second Edition American Psychiatric Press, Inc , Washington, D. C United States of America. 1995
- 52 Gabbard G · "Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice" Volume 1 Second Edition. American Psychiatric Press, Inc., Washington, D. C Unites States of America s a.
- 53 Gil, E. "El tratamiento de supervivientes adultos de abuso sexual en la infancia", Psicología de la violencia en hogar Estudio, consecuencias y tratamientos Sandra Stith, Mary Williams y Karen Rosen (ed) Biblioteca de psicología Desclée De Brouwer Bilbao, España. 1992. Págs 275-285.

- 54 Gil, E · “Tratamiento Sistémico de la Familia que Abusa” Ediciones Granica, S A Buenos Aires, Argentina 1997.
- 55 Gómez, A “Violencia Contra las Mujeres Un Ejercicio de Poder”, en Por el Derecho a Vivir sin Violencia. Cuadernos Mujer Salud / 1 Mayela García y Gloria Sayavedra (ed.) Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Chile. 1996. pp 31-39
- 56 Grnberg, et al “Psicoterapia de Grupo”. Biblioteca de Psiquiatría, Psicopatología y Psicósomática. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. s a.
57. Grotjahn, M “El Arte y la Técnica de la Terapia Grupal Analítica” Editorial Paidós, SAICF. Buenos Aires, Argentina. 1979
- 58 Haugaard, J y Dickon, D “The Sexual Abuse of Children” Jossey-Bass Publishers California, Estados Unidos de América. 1988.
59. Hay, L. “Amate a ti mismo: Cambiarás tu Vida”. Ediciones Urano, S A. Barcelona, España. 1990.
- 60 Herman, J “Father-Daughter Incest” Harvard University Press United States of America. 1981
61. Herman, J : “Trauma and Recovery”. Basic Books. New York. United States of America. 1992.
- 62 Hernández, R. et al “Metodología de la Investigación”. Editorial McGraw-Hill México, D F 1991
- 63 Jaffe, P et al · “Children of Battered Women” Volume 21. Sage Publications California, U. S A. 1990
- 64 Jelin, E. “Las Familias en América Latina”, Familias Siglo XXI. Ediciones de las Mujeres N° 20 Isis International. Santiago, Chile. 1994
65. Justice, B. y R.: “The Abusing Family” Human Science Press New York, U S A 1976.
- 66 Kaplan, A et al “Las Mujeres y la Ira en Psicoterapia” en El Malestar Silenciado La Otra Salud Mental. Ana Daskal y Cristina Ravazzola (ed ) Ediciones de las Mujeres, N° 14 Isis Internacional. Santiago, Chile. 1990
- 67 Kaplan, H y Sadock, B. “Comprehensive Group Psychotherapy” Third Edition Williams and Wilkins. Baltimore, United States of America. 1983
68. Kaplan, H y Sadock, B. “Compendio de Psiquiatría” Salvat Editores. Barcelona, España. 1987.

69. Kaplan, H y Sadock, B :”Comprehensive Textbook of Psychiatry” Volume 1-2 Fifth Edition. Williams & Wilkins Maryland, U. S.A. 1989.
- 70 Kempe, R. y H : “Niños Maltratados” Tercera Edición Ediciones Morata, S. A. Madrid, España. 1985
- 71 Kerlinger, F “Investigación del Comportamiento”. Editorial Intramericana de México, S. A. 1988.
- 72 Larrain, Soledad “Violencia Familiar Caminos de Prevención” en El Malestar Silenciado La Otra Salud Mental. Ana Daskal y Cristina Ravazzola (ed ) Ediciones de las Mujeres, N° 14 Isis Internacional Santiago, Chile 1990
- 73 Lawrence, L y Froning, M. “Incesto: la historia de una superviviente y el marco de trabajo del terapeuta para la curación del incesto”, Psicología de la violencia en hogar, Estudio, consecuencias y tratamientos. Sandra Stith, Mary Williams y Karen Rosen (ed). Biblioteca de psicología Desclee De Brouwer Bilbao, España. 1992. Págs 245-256.
74. Leiro, C “Tratamiento de la violencia doméstica y el abuso entre los esposos” Documento de “La Familia en Panamá. Situación Actual y Perspectivas” E.C U Ediciones Panamá 1994
75. Lenett, R. y Barthelme, D “Cuéntame tus Secretos” Ediciones Grijalbo, S. A. Barcelona, España. 1987
- 76 MacKenzie, K. “Teoría y técnica de grupo con tiempo limitado”, Psicoterapia de grupo en la práctica clínica, Anne Alonso y Hillel Swiller (ed.). Editorial El Manual Moderno México, D F 1995. Págs 417-440
- 77 McWilliams, N “Psychoanalytic Diagnosis Understanding Personality Structure in the Clinical Process” Nueva York, U S A. 1994.
78. Márquez, M “Estudio de violencia intrafamiliar contra la mujer y los menores en Panamá” UNICEF. Panamá. 1990
- 79 Miller, G “Investigación sobre Prostitución de Menores en Centroamérica”. Proyecto de Investigación sobre Prostitución de Menores en C.A. Guatemala. 18-20 de marzo de 1992
- 80 Miller, G “Prostitución y Derechos Humanos. Niñas y Jóvenes Prostituidas Caso de Panamá”, en Mujeres, Más Allá de la Marginación Incolaza Terreros (comp ) Instituto de la Mujer Panamá. 1990
- 81 Minuchin, S y Fishman, H “Técnicas de Terapia Familiar” Primera Edición Ediciones Paidós Ibérica, S. A Barcelona, España. 1981

- 82 Naciones Unidas. “El Adelanto de la Mujer. Notas para Oradores”. Departamento de Información Pública. Estados Unidos de América. 1995
- 83 Navarro, R. “Psicoterapia Antidepresiva” Editorial Trillas México, D F 1990
- 84 Odio, Elizabeth “Protección de los Derechos Humanos de las Mujeres” en “Protección Internacional de los Derechos Humanos de las Mujeres” Instituto Interamericano de Derechos Humanos y CLADEM San José, Costa Rica. 1997
- 85 Organización Panamericana de la Salud: “La Ruta Crítica que siguen las Víctimas de Violencia Intrafamiliar”. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Panamá 1998
- 86 Osorio y Nieto, C. “El Niño Maltratado” Editorial Trillas, S A. México, D. F 1981.
- 87 Peled, E. “Childrens Who Witness Women Battering. Concerns and Dilemmas in the Construction of a Social Problem” Volume 15 Children and Youth Services Review. U. S A. 1993
- 88 Peled, E et al.: “Ending the cycle of violence” SAGE Publications Inc. California, Estados Unidos de América. 1995.
- 89 Pérez, A : “Aproximación Diagnóstica de las Violaciones de Mujeres en los Distritos de Panamá y San Miguelito”. Colección: Denuncia de la Violencia Contra la Mujer C.E.D.E.M. Panamá 1991.
90. Perrone, R. y Nannini, M · “Violencia y Abusos Sexuales en la Familia. Un Abordaje Sistémico y Comunicacional”. Primera Edición. Editorial Paidós SAICF 1997
91. Pittman, F. “Momentos decisivos Tratamiento de familias en situaciones de crisis”. Primera edición. Ediciones Paidós Ibérica, S. A. Barcelona, España. 1995
- 92 Quirós, E · “Sentir, Pensar y Enfrentar la Violencia Intrafamiliar” Colección Metodologías N° 7. Documento del Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. San José, Costa Rica. 1997
- 93 Ramellini, T y Mesa, S : “Estrategias de Intervención Especializada con Personas afectadas por Violencia Familiar”. Plan Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI). San José, Costa Rica 1997
- 94 Red del Centro de Crisis de Mujeres “Volviéndonos Completas. Un Manual para trabajar con Mujeres Abusadas” Penang, Tailandia. 1990.
- 95 Reham, S · “Sexo, Uso y Abuso” Imprenta Aldina. México, D. F 1986.

- 96 Roca, Sonia: "El niño El Derecho a una Familia", Pre-memorias del IX Congreso Mundial sobre Derecho de Familia. Tomo 1. Sept. 22 al 27 de 1996 Págs 171-182
- 97 Santamaría, R.. "Relaciones Familiares e interpersonales y empatía en madres maltratadoras y no maltratadoras" Tesis para obtener el Grado de Maestría en Psicología Clínica. Inédita. México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. División de Estudios de Postgrado. 1993
- 98 Sarason, I y B "Psicología Anormal. El Problema de la Conducta Inadaptada" Séptima Edición Prentice Hall Hispanoamericana, S. A. México, D F.
- 99 Satir, V "Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar" Editorial Pax. México D F 1991.
100. Selltiz, C. "Método de Investigación por las Relaciones Sociales" Novena Edición. Ediciones Rialp, S. A. Madrid, España. 1980
- 101 Singer, E "Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia" Fondo de Cultura Económica. México, D.F. 1969.
- 102 Sonkin, D. y Durphy, M. "Learning to live without violence" Volcano Press California, Estados Unidos de América. 1994.
- 103 Stadter, M. "Object Relations Brief Therapy: the therapeutic relationship in short-term work" Jason Aronson inc New Jersey, United States of America. 1996.
- 104 Steinmetz, S. "Family Violence", Handbook of marriage and the family Marvin Sussman y Suzanne Steinmetz (ed.). Plenum Press. New York, United States of America 1988 Págs 725-762
- 105 Stith, S et. al. "Psicosociología de la Violencia en el Hogar Estudios, Consecuencias y Tratamientos" Biblioteca de Psicología Desclée De Brouwer, S A. Bilbao, España 1990
- 106 Sunn, R. "Entrenamiento en Manejo de Ansiedad". Editorial Desclée De Brouwer. Bilbao, España. 1993
- 107 UNICEF: "La Violencia Contra la Mujer. Ausencia de una Respuesta Institucional". Editorial Gente Nueva. Bogotá, Colombia. 1991
- 108 Van der Kolk, B: "Grupos para Pacientes con Antecedentes de Trauma Catastrófico", en Psicoterapia de grupo en la práctica clínica, Anne Alonso y Hillel Swiller (ed ) Editorial El Manual Moderno México, D. F. 1995. Págs. 287-303.
- 109 Van der Kolk, B "Group Psychoterapy with Posttraumatic Stress Disorder",

Comprehensive Group Psychotherapy Third edition Harold Kaplan y Benjamín Sadock (ed.). Williams and Wilkins Baltimore, United States of America. 1983. Pág 550-560

- 110 Villalobos, Z.: "Programa para un Grupo de Autoayuda con Mujeres Víctimas de la Violencia Doméstica". Maestría en Ciencias de la Familia. Universidad Santa María la Antigua 1993
- 111 Whittaker, J. "Psicología". Editorial Interamericana. México, D F 1987.
- 112 Zurutuza, C. "Maltrato a la Mujer en las Relaciones de Pareja", Vigiladas y Castigadas. Seminario Regional "Normatividad penal y mujer en América Latina y el Caribe. Editado por CLADEM Lima, Perú 1993. Págs 59-66.

#### **Artículos de Internet:**

- 1 Academia Norteamericana de psiquiatría: "El Abuso Sexual a los Niños" 1998  
<http://aacap.org>
- 2 Alexander, P. et al.: "Adult attachment and long-term effects in survivors of incest" [Abstract]. Child Abuse Negl 1998 Jan; 22 (1): 45-61. PubMed Indexed for medline com
3. Allen J et al : "Complex posttraumatic stress disorder in women from a psychometric perspective" [Abstract] J Pers Assess 1998 Apr; 70 (2): 277-98 PubMed Indexed for medline com
- 4 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: "Attachment, Trauma and the Neurobiology of the Developing Mind" 1 de Julio del 2000  
[http //medscape.com/AACAP](http://medscape.com/AACAP)
- 5 Anderson K. et al "Child sexual abuse and bulimic symptomatology relevance of specific abuse variables" [Abstract] Child abuse Negl 2000 Nov; 24 (11) 1495-502 PubMed. Indexed for medline.com
- 6 Andrews, B et al. "Characteristics, context and consequences of memory recovery among adults in therapy" [Abstract]. British journal of psychiatry 175: 141-146 (1999) [http //bjp rcpsych org](http://bjp.rcpsych.org)
7. Aragonés, E et.al : "Validez diagnóstica de la Self-Rating Depression Scale de Zung en pacientes de atención primaria" Volumen 29, No. 05. 1 de septiembre de 2001 [http //doyma es](http://doyma.es)
- 8 Ayuso, J. "Comorbilidad depresión-ansiedad: aspectos clínicos" Vol. 1, No 1, Marzo 1997 <http://psicologia.com>
- 9 Banyard, V "The impact of childhood sexual abuse and family functioning on four

- dimensions of women's later parenting" [Abstract]. Child Abuse Negl 1998 Nov; 21 (11). 1095-107. PubMed. Indexed for medline.com
- 10 Bifulco, A et. al. "Early sexual abuse and clinical depression in adult life" [Abstract]. British Journal of Psychiatry 159 115-122. 1991. <http://bjp.rcpsych.org>
- 11 Brand, E , et al. "Depressed adolescents with a history of sexual abuse diagnostic comorbidity and suicidality" [Abstract]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996 Jan; 35 (1) 34-41 PubMed Indexed for medline.com.
- 12 Braun-Scharm, H y Frank R. "The incestoid family" [Abstract] Acta Paedopsychiat 1989, 52 (2): 134-42. PubMed. Indexed for medline.com
- 13 Brodsky, B et.al. "Relación del abuso infantil respecto al comportamiento suicida en adultos con depresión importante". 7 de noviembre de 2001. <http://psiquiatra.com>
- 14 Bulik, C et al "Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substance use disorders" [Abstract]. British Journal of Psychiatry 179 444-449 2001. <http://bjp.rcpsych.org>.
- 15 Burney, R. "Emotional Incest" 21 de septiembre de 1999. <http://joy2meu.com>
- 16 Carbonell, M et al. "El inventario de depresión rasgo-estado (IDERE): desarrollo y potencialidades". 4 de marzo de 2000. <http://psiquiatra.com>.
- 17 Carver, C., et al. "The impact of group therapy for adult survivors of childhood sexual abuse" [Abstract] Can J Psychiatry 1989 Nov, 34 (8): 753-8 PubMed Indexed for medline.com
- 18 Chauncey, S. "Emotional concerns and treatment of male partners of female sexual abuse survivors" [Abstract] Soc Work 1994 Nov; 39 (6) 669-76. PubMed Indexed for medline.com
- 19 Chasan-Taber, L y Tabachnick, J "Evaluation of a child sexual abuse prevention Program" [Abstract]. Sex Abuse 1999 Oct; 279-92. PubMed. Indexed for medline.com.
- 20 Cheasty, M. et al. "Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: case-control study" [Abstract]. British Medical Journal 1998, 316 198-201. <http://bmj.com>
- 21 Conroy, D "Why is it so hard for us to recover from being suicidal?" 21 de noviembre de 1991. <http://metanoia.org>
- 22 Copp, D "Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)". 5 de noviembre de 1999 <http://amerrescue.org>.

23. Cotter, P. "Sexual Abuse is not the only childhood adversity that may led to later depression" [Abstract]. British Medical Journal 1998, 316: 1244 [http //bmj com](http://bmj.com)
24. Del Monte, M : "Retrieved memories of childhood sexual abuse" [Abstract] Br J Med Psychol 2000 Mar, 73 (pt 1): 1-13. PubMed. Indexed for medline.com
25. Diamond, M J. "The unbearable agony of being interpreting tormented states of mind in the psychoanalysis of sexually traumatized patients" [Abstract] Bull Menninger Clin 1997 Fall, 61 (4): 495-519 Pubmed Indexed for medline.com
26. DiPalma, L . "Patterns of coping and characteristics of high-functioning incest survivors" [Abstract]. Arch Psychiatr Nurs 1994 Apr; 8 (2): 82-90. PubMed. Indexed for medline.com
27. Douglas, A. "Reported anxieties concerning intimate parenting in women sexually abused as children" [Abstract]. Child Abuse Negl 2000 Mar; 24 (3) 425-34 PubMed Indexed for medline.com
28. Drajer, N y Langeland, W. "Childhood Trauma and Perceived Parental Dysfunction in the Etiology of Dissociative Symptoms in Psychiatric Inpatients" [Abstract] American Journal of Psychiatry 156: 379-385, March 1999. <http://ajp.psychiatryonline.org>.
29. Dube, S et al. "Childhood Abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span" [Abstract]. Journal of American Medical Association, vol 286, No 24, December 2001 <http://jama.ama-assn.org>.
30. Dubowitz, H et al. "Type and timing of mother's victimization: effects on mothers and children" [Abstract] American Academy of Pediatrics, vol 107, No 4, April 2001 pp. 728-735 [http //pediatrics.com](http://pediatrics.com).
31. Dufour, M et al "Resilience factors in the victims of sexual abuse state of affairs" [Abstract] Child Abuse Negl 2000 Jun, 24 (6): 781-97. PubMed Indexed for medline.com
32. Espada, F.: "Relaciones entre Ansiedad y Depresión" Vol 1, No 1, Julio 1997 <http://psicologia.com>
33. Frawley-O'Dea, M "Transference paradigms at play in psychoanalytically oriented group therapy with female adult survivors of childhood sexual abuse" [Abstract] Int J Group Psychother 1997 Oct; 47 (4) 427-41. PubMed. Indexed for medline.com
34. Gibson L y Lettenberg, H "Child sexual abuse prevention programs do they

- decrease the occurrence of child sexual abuse?" [Abstract] Child Abuse Negl 2000 Sep; 24 (9). 1115-25 PubMed Indexed for medline com
35. Gladstone, G. et al. "Characteristics of Depressed Patients Who Report Childhood Sexual Abuse" [Abstract]. American Journal of Psychiatry 156: 431-437, March 1999. [http //ajp.psychiatryonline.org](http://ajp.psychiatryonline.org).
- 36 Gold, S. et al. "Characteristics of childhood sexual abuse among female survivors in therapy" [Abstract]. Child Abuse Negl 1996 Apr; 20 (4): 323-35. PubMed Indexed for medline com
- 37 Goodwin J y Talwar, N. "Group psychotherapy for victims of incest" [Abstract] Psychiatr Clin North Am 1989 Jun, 12 (2) 279-93 PubMed Indexed for medline com.
- 38 Gregory-Bills, T y Rhodeback, M. "Comparative psychopathology of women who experienced intra-familial versus extra-familial sexual abuse" [Abstract] Child Abuse Negl 1995 Feb; 19 (2) 177-89. PubMed Indexed for medline.com.
39. Harriet, L , et al.. "Childhood Abuse and Lifetime Psychopathology in a Community Sample" [Abstract]. American Journal of psychiatry 158, 1878-1883, November 2001 [http //ajp.psychiatryonline.org](http://ajp.psychiatryonline.org).
- 40 Haugaard, J : "The challenge of defining child sexual abuse" [Abstract]. Am Psychol 2000 sep; 55 (9). 1036-9 PubMed. Indexed for medline.com.
- 41 Hazzard, A et. al.. "Factors affecting group therapy outcome for adult sexual abuse survivors" [Abstract]. Int J Group Psychother 1993 Oct, 43 (4): 435-68. PubMed Indexed for medline com
- 42 Hiebert-Murphy, D. "Emotional distress among mothers whose children have been sexually abused: the role of a history of child sexual abuse, social support and coping" [Abstract] Child Abuse Negl 1998 May, 22 (5): 423-35 PubMed. Indexed for medline com
- 43 Hill, J . "Child sexual abuse, poor parental care and adult depression: evidence for different mechanism" [Abstract] British Journal of Psychiatry 179 104-109 2001 [http //bjp.rcpsych.org](http://bjp.rcpsych.org)
- 44 Hill, J. et al : "Abuso sexual a niños, malos tratos y depresión adulta". 13 de agosto de 2001. <http://psiquiatria.com>
- 45 Hirsch, M. "Psychoanalytic therapy of sexually abused adolescents" [Abstract]. Prax kinderpsychol Kinderpsychiatr 1997 Dec, 46 (10): 668-95. PubMed. Indexed for medline com
- 46 Holman, E y Silver, R. "Getting "Stuck" in the past temporal orientation and

- coping with trauma” [Abstract] J Pers Soc Psychol 1998 May, 74 (5): 1146-63. PubMed. Index for medline.com.
- 47 Irastorza, L “Trastorno de personalidad depresiva y distimia Diferenciación clínica” 8 de febrero de 2001 <http://psiquiatria.com>
48. Irastorza, L “Distimia y Personalidad Depresiva Diferenciación Clínica”. Volumen 29, No. 05. 1 de Septiembre de 2001. <http://doyma.es>.
- 49 Kaplan M. y Klmetob, N.: “Childhood emotional trauma and chronic posttraumatic stress disorder in adult outpatients with treatment-resistant depresión” [Abstract] J Nerv Ment Dis 2000 Sep; 188 (9) 596-601. PubMed. Indexed for medline.com.
50. Kinzl J et. al. “Sexual dysfunctions relationship to childhood sexual abuse and early family experiences in a nonclinical sample” [Abstract]. Child Abuse Negl 1995 Jul; 19 (7) 785-92. PubMed Indexed for medline.com.
- 51 Kistel, C. y Lyons, J. “Dissociation as a Mediator of Psychopathology Among Sexually Abused Children and Adolescents” [Abstract] American Journal of Psychiatry 158 1034-1039, July 2001 [http // ajp psychiatryonline.org](http://ajp.psychiatryonline.org).
- 52 Lascaratos J. y Poulakou-Rebelakou, E : “Child sexual abuse historical cases in Byzantine empire (324-1453 A. D )” [Abstract]. Child Abuse Negl 2000 Aug; 24 (8): 1085-90 PubMed Indexed for medline.com.
53. Lange, A et al. “Long-term effects of childhood sexual abuse objective and subjective characteristics of the abuse and psychopathology in later life” [Abstract] J Nerv Ment Dis 1999 Mar, 187 (3) 150-8 PubMed Indexed for medline.com
- 54 MacFarlane, K y Korbin, J. “Confronting the incest secret long after the fact: a family study of múltiple victimization with strategies for intervention” [Abstract]. Child Abuse Negl 1983, 7 (2) 225-37 PubMed. Indexed for medline.com
- 55 Maltas, C Y Shay, J “Trauma Contagion in Partners of Survivor of Childhood Sexual Abuse” [Abstract]. Am J Orthopsychiatry 1995 Oct, 65 (4): 529-39. PubMed. Indexed for medline com
- 56 Maltz, W “Identifying and treating the sexual repercussions of incest: a couple therapy approach” [Abstract] J Sex Marital Ther 1988 Summer, 14 (2) 142-70. PubMed. Indexed form medline com.
- 57 McClendon, P “Incesto / abuso sexual de niños” 23 de noviembre de 1991. <http://clinicalsocialwork.com>.

58. McClendon, P “Systems Theory and Incest/Sexual Abuse of Children: Focus on Families and Communities” 24 de agosto de 1999 <http://clinicalsocialwork.com>.
- 59 Mennen F. y Meadow, D.: “Process to recovery in support of long-term groups for sexual abuse survivors” [Abstract]. Int J Group Psychother 1993 Jan, 43 (1) 29-44 PubMed Indexed for medline com.
- 60 Monahan K. y Forgash, C “Enhancing the health care experiences of adult female survivors of childhood sexual abuse” [Abstract] Women Health 2000, 30 (4) 27-41. PubMed. Indexed for medline.com
- 61 Moncrief, J. et al “Sexual abuse in people with alcohol problems A study of the prevalence of sexual abuse and its relationship to drinking behaviour” [Abstract] British Journal of Psychiatry 169 355-360 1996 <http://bjp.rcpsych.org>
- 62 Moore, C : “Don't fall until you see the whites of their lies” [Abstract] 21 de noviembre de 1999 <http://efn.org>
- 63 Moreno, J. y Pedreira, J. “Evaluación clínica y psicopatológica del Síndrome de Estrés Postraumático en la infancia y la adolescencia” 26 de junio de 2001 <http://psiquiatria.com>
- 64 Morgan, T y Cummings, A. “Change experienced during group therapy by female survivors of childhood sexual abuse” [Abstract] J Consult Clin Psychol 1999 Feb, 67 (1) 28-36. PubMed Indexed for medline com.
- 65 Morrow, K. “Attributions of female adolescent incest victims regarding their molestation” [Abstract] Child Abuse Negl 1991, 15 (4): 477-83 PubMed. Indexed for medline.com
66. Mulder, R. et al : “Relationship Between Dissociation, Childhood Sexual Abuse, Childhood Physical Abuse and Mental Illness in a General Population Sample” [Abstract] American Journal of Psychiatry 155: 806-811, June 1998. <http://ajp.psychiatryonline.org>.
- 67 Mullen, P et. al. “Childhood sexual abuse and mental health in adult life” [Abstract]. British Journal of Psychiatry 163: 721-732 1993 <http://bjp.rcpsych.org>
68. Mullen, P et. al. “The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life” [Abstract] British Journal of Psychiatry 165 35-47 1994 <http://bjp.rcpsych.org>.
- 69 National Adoption Information Clearinghouse “Parenting the sexually abused Child” 10 de febrero de 2000.
70. National Center for PTSD: “PTSD Symptoms”. Marzo 1997 <http://ccptsd.org>

- 71 National Center for PTSD “Guidelines for Psychological Evaluations in Child Protection Matters”. Febrero 1998. <http://ccptsd.org>.
- 72 National Center for PTSD “Treatment of PTSD A National Center Fact Sheet”. Septiembre de 1999. <http://ccptsd.org>
73. National Center for PTSD “Trauma, PTSD and the Primary Care Provider” Septiembre 1999 <http://ccptsd.org>
- 74 Olafson, E et al · “Modern history of child sexual abuse awareness: cycles of discovery and supresión” [Abstract]. Child Abuse Negl 1993 Jan-Feb, 17 (1) 7-24 PubMed Indexed for medline.com
- 75 Palmer, R. et al. “Childhood sexual experiences with adults reported by female psychiatric patients” [Abstract]. British Journal of Psychiatry 160: 261-265. 1992 <http://bjp.rcpsych.org>
- 76 Pérez, M y Urquijo, S “Rasgos de personalidad y depresión”. 7 de febrero de 2002. <http://psiquiatria.com>
77. Pistorello J y Follete, V M. “Childhood sexual abuse and copules relationships: female survivors reports in therapy groups” [Abstract] J. Marital Fam Ther 1998 Oct, 24 (4). 473-85. Pubmed. Indexed for medline.com.
78. Portillo, R. “Tratamiento psicológico de niños víctimas de abuso sexual” Junio 2001. <http://psiquiatria.com>
- 79 Price, M. “The impact of incest on identity formation in women” [Abstract]. J Am Psychoanal 1993 Summer, 21 (2). 213-28. PubMed Indexed for medline.com
80. Ramos, J. y Cordero, A. “Distimia: el problema de su delimitación conceptual” 25 de mayo de 2001
81. Rodríguez, N. et. al · “Posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse a comparison study” [Abstract] J Consult Clin Psychol 1997 Feb, 65 (1). 53-9 PubMed Indexed for medline.com.
82. Roesler, T : “Reactions to disclosure of childhood sexual abuse. The effect on adult symptoms” [Abstract]. J Nerv Ment Dis 1994 Nov; 182 (11): 618-24. PubMed. Indexed for medline.com
- 83 Roesler, T y McKenzie, N “Effects of childhood trauma on psychological functioning in adults sexually abused as children” [Abstract]. J Nerv Ment Dis 1994 Mar; 182 (3): 145-50 PubMed Indexed for medline.com

- 84 Rojas, L. "El incesto más verdad que fantasía" 1998 <http://users.interport.net>
- 85 Romans, S et. al. "Women's self-esteem: a community study of women who report and do not report childhood sexual abuse" [Abstract]. British Journal of Psychiatry 169. 696-704. 1996 [http //bjp.rcpsych.org](http://bjp.rcpsych.org).
- 86 Romans, S et. al. "Psychological defense styles in women who report childhood sexual abuse: a controlled community study" [Abstract]. Am J Psychiatry 1999 Jul, 156 (7). 1080-5. PubMed. Indexed for medline.com
- 87 Roosa, M et al. "The relation of child sexual abuse and depression in young women comparisons across four ethnic groups" [Abstract] J Abnorm Child Psychol 1999 Feb, 27 (1): 65-76. PubMed Indexed for medline.com.
- 88 Sadowski, H et al. "Early life family disadvantages and major depression in adulthood" [Abstract]. British Journal of Psychiatry 174: 112-120. 1999. [http //bjp.rcpsych.org](http://bjp.rcpsych.org)
- 89 Sauzier, M : "Disclosure of child sexual abuse. For better or for worse" [Abstract] Psychiatr Clin North Am 1989 Jun; 12 (2): 455-69 PubMed Indexed for medline.com
- 90 Schatzow E y Herman, J · "Breaking secrecy Adult survivors disclose to their families" [Abstract]. Psychiatr Clin North Am 1989 Jun; 12 (2): 337-49 PubMed. Indexed for medline.com.
- 91 Schem M., et al : "The prevalence of a history of child sexual abuse among adults visiting family practitioners in Israel" [Abstract]. Child Abuse Negl 2000 May, 24 (5) 667-75 PubMed. Indexed for medline.com.
- 92 Shaw, J et al : "Child on child sexual abuse psychological perspectives" [Abstract] Child abuse negl 2000 Dec, 24 (12) 1591-600. PubMed. Indexed for medline.com
- 93 Sheldon, H. "Childhood sexual abuse in adult female psychotherapy referrals. Incidence and implications for treatment" [Abstract] British Journal of Psychiatry 152. 107-111 1988 <http://bjp.rcpsych.org>.
- 94 Sinal, S. et al.: "Clinician agreement on physical findings in child sexual abuse cases" [Abstract]. Arch pediatr Adolesce Med 1997 may, 151 (5). 497-501. PubMed Indexed for medline.com
- 95 Smith, D. y Saunders, B : "Personality characteristics of father/perpetrators and nonoffending mothers in incest families. individual and dyadic analyses" [Abstract]. Child Abuse Negl 1995 May, 19 (5) 607-17. PubMed. Indexed for medline.com

96. Spatz, C.: "Posttraumatic Stress Disorder in Abused and Neglected Children Grown Up" [Abstract]. American Journal of Psychiatry 156: 1223-1229, August 1999 <http://ajp.psychiatryonline.org>
97. Stalker, C. y Fry, R.: "A comparison of short-term group and individual therapy for sexually abused women" [Abstract]. Can J Psychiatry 1999 Mar; 44 (2): 168-74 PubMed Indexed for medline.com.
98. Survivor Foundation: Home page of Survivor Foundation 21 de noviembre de 1999 <http://survivors-foundation.org>.
99. Talbot, N. et al.: "Effects of Group Treatment for Women with a History of Childhood Sexual Abuse" [Abstract] Psychiatr Serv 1999 May; 50 (5): 686-92. PubMed. Indexed for medline com
100. Tantam, D. y Whittaker, J. "Personality disorder and self-wounding" [Abstract] British Journal of Psychiatry 161: 451-464 1992. <http://bjp.rcpsych.org>.
101. Thakkar, R. y McCanne, T. "The effects of daily stressors on physical health in women with and without a childhood history of sexual abuse" [Abstract] Child Abuse Negl 2000 Feb, 24 (2). 209-21 PubMed Indexed for medline.com
102. Trúncer, M. "Trastornos asociados a factores de estrés traumáticos (CIE-10/DSM-IV)". Diciembre 1998 Número 8. <http://acheronta.org>.
103. Tsai, M y Wagner, N.. "Therapy Groups for Women Sexually Molested as Children" [Abstract]. Arch Sex Behav 1978 Sep, 7 (5). 417-27. PubMed. Indexed for medline.com
104. Tyson A. y Goodman, M.: "Group treatment for adult women who experienced childhood sexual trauma: is telling the story enough?" [Abstract] Int J Group Psychother 1996 Oct, 46 (4) 535-42 PubMed Indexed for medline com
105. Villoria, C "Ansiedad y depresión en el juego patológico" 12 de diciembre de 1999. <http://psicologia.com>
106. Waldman, T et al.: "The adult personality of childhood incest victims" [Abstract] Psychol Rep 1997 Apr; 80 (2): 675-80 PubMed Indexed for medline.com
107. Waller, G "Sexual abuse as a factor in eating disorders" [Abstract]. British Journal of Psychiatry 159. 664-671 1991. <http://bjp.rcpsych.org>
108. Waller, G. "Sexual abuse and the severity of bulimic symptoms" [Abstract] British Journal of Psychiatry 161: 90-93. 1992. <http://bjp.rcpsych.org>

109. Watton Community Church: "Surviving together" 21 de septiembre de 1999  
<http://gurney.co.uk>.
- 110 Weiss, E et al.: "Childhood Sexual Abuse as a Risk Factor for Depression in Women: Psychosocial and Neurobiological Correlates"  
[Abstract] American Journal of Psychiatry 156: 816-828, June 1999. <http://ajp.psychiatryonline.org>.
- 111 Westbury, E y Tutti, L.: "The efficacy of group treatment for survivors of childhood abuse" [Abstract] Child Abuse Negl 1999 Jan, 23 (1) 31-44. PubMed Indexed for medline.com
- 112 Winick, C. et al.: "An incest survivors therapy group" [Abstract]. J Subst Abuse Treat 1992 Fall, 9 (4): 311-8 PubMed. Indexed for medline.com
113. Wolfsdorf, B y Zlotnick, C.: "Affect Management in Group Psychotherapy for Women with Posttraumatic Stress Disorder and Histories of Childhood Sexual Abuse" [Abstract] J Clin Psychol 2001 Feb, 57 (2): 169-81 PubMed Indexed for medline.com
- 114 Zlotnick, C. et al.: "The relationship between characteristics of sexual abuse and dissociative experiences" [Abstract]. Compr Psychiatry 1994 Nov-Dec, 35 (6) 465-70 PubMed Indexed for medline.com.
- 115 Zlotnick, C. et al.: "An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse" [Abstract]. J Trauma Stress 1997 Jul, 10 (3): 425-36. PubMed Indexed for medline.com.

#### **Artículos periodísticos:**

- 1 Aguilar, E: "Los riesgos de un Secreto" Diario La Prensa. Página 1 B 29 de agosto de 2000
- 2 Alvarado, A.: "Incesto, el silencio de las inocentes" Diario La Estrella de Panamá. Página B 10. 4 de marzo de 1993
- 3 Alvarez, M.: "La Mujer Latinoamericana sufre Maltratos" Diario La Prensa. Plana 3 12 de Octubre de 1997
- 4 Annan, K.: "Las Familias son el motor del Desarrollo" Diario La Prensa. Página 25A 15 de Mayo de 2000.
- 5 Batista, J.: "El Secreto de Pamela" Diario La Prensa. Página 6 A 6 de agosto de 1999.
- 6 Berríos, G.: "Entre Puertas y Cercas" Suplemento Ellas Diario La Prensa. Páginas 68 y 69. 9 de Julio de 1999.

7. Boyd, D.: “Violencia Familiar ¿Qué Hacer?” Diario La Prensa. Página 37 A. 23 de Enero de 1995
- 8 Carrera, A “Cómo salir del círculo vicioso” Diario Tiempos del Mundo Página 10 22 de marzo de 2001
- 9 Castillo, M “Ahora que nos hemos apropiado de la palabra” Diario La Prensa. Página 31 A. 11 de octubre de 1994
- 10 De Parle, J “Gran Número de Mujeres que reciben ayuda fueron Abusadas desde Niñas” Diario El Siglo. Página 64. 30 de Noviembre de 1999.
- 11 Garrido, E “La Violencia Intrafamiliar y sus Males”. Diario La Prensa. Página 11A. 26 de Noviembre del 2001.
- 12 Gólcher, I “Entre el Abandono y el Castigo” Diario La Prensa. Página 6A. 12 de Agosto de 1999.
13. Gólcher, I. “Violación Carnal· Poder y Violencia” Diario La Prensa. Página 6 A. 25 de Noviembre de 2000.
- 14 González, Y. “No hay Estadísticas Exactas sobre Violencia Intrafamiliar”. Diario La Prensa. Página A6. 23 de Noviembre de 2001
- 15 Lauchu, C. “Hacia un Mejor Entendimiento de la Violencia”. Diario La Prensa. Página 19 A. 3 de Marzo de 1994.
- 16, Mainez, M. “En el 2000 fueron asesinadas 31 mujeres por sus cónyuges. Plan regional contra la violencia intrafamiliar”, Diario Tiempos del Mundo Página A5 13 de septiembre de 2001
- 17 Martínez, N.. “Legislar a Favor de la Vida” Diario La Prensa. Página 27 A 13 de Octubre de 2000.
18. McClam, E : “Estudio revela relación entre depresión y traumas” Diario La Prensa. Página 10 B. 7 de agosto del 2000
- 19 Muñoz, M. “Violencia Doméstica” Diario La Prensa. Página 25 A 15 de octubre de 2000.
20. Pérez, I.: “Al Calor de Gritos y Puños”. Suplemento Ellas Diario La Prensa. Páginas 52-56 27 de Noviembre de 1998.
- 21 Picota, E . “Familias Unidas hacia un Nuevo Milenio” Artículo en la publicación del Segundo Congreso Internacional de Psicología. “Niños Emocionalmente Sanos” Separata del Diario La Prensa. Asociación Panameña de Psicólogos. Junio 2000.
- 22 Rojas, M. “Violencia y Género”. Diario La Prensa. Página 19 A. 14 de marzo del 2000.

23. Santamaría, S. “No a la Violencia Intrafamiliar” Diario La Prensa. Página 1 B 18 de Septiembre de 1999.
24. Tapia, S. “Niños Pagan Cara su Inocencia”, Diario La Prensa. Plana 3 21 de Mayo de 2001
25. Young, G. “El poder y las Relaciones de Pareja” Diario La Prensa. Página 3D 8 de marzo de 1994.

**Publicaciones:**

1. Alexander P, et al. “A Comparison of Group Treatments of Women Sexually Abused as Children”. Journal of Consulting and Clinical Psychology. American Psychological Association, Inc Vol 57, No 4, 1989. Págs 479-483
2. American Psychological Association (APA) “Violence and the Family: Interventions of Victims and Survivors” Chapter 7. American Psychological Association United States of America. 1996 Documento traducido por Ana Hidalgo. San José, Costa Rica.
3. Banco Interamericano de Desarrollo (BID): “Información General sobre Violencia Doméstica” Sección Programas Especiales Washington, D.C. Octubre 1997.
4. Berman, P. “Group Therapy Techniques for Sexually Abused Preteen Girls”. Child Welfare League of America. Vol LXIX. Number 3. May-June 1990. Págs 239-252
5. Brisco, A. “Menores Víctimas de Maltrato y Abandono”, Menores en Circunstancias Especialmente Dificiles Serie Divulgativa. Número 9. UNICEF Uruguay 1992
6. CEPAM: “Violencia Familiar”. Documento elaborado por el Centro Pastoral de Mujeres contra el Maltrato” Panamá 1992.
7. Centro Internacional para el Desarrollo y Adiestramiento Profesional (CIDAP) “Manual de Tratamiento Clínico de Abuso, Maltrato y Explotación de Menores” Minuteman Press Estados Unidos de América. 2000.
8. Correa, R. y N. “El Maltrato de Menores en Panamá”. Facultad de Derecho y Ciencias Políticas. Trabajo de Investigación. Panamá. Agosto, 1992
9. Corsi, J. “Violencia Familiar: Por Qué es Más Fácil Creerle al Victimario que a la Víctima” Asociación Argentina de Prevención de la Violencia Familiar 1990.

- 10 Courtois, C.. “Healing the Incest Wound” W. W. Norton & Company. United States of America. 1988. Documento traducido por Sylvia Mesa. San José, Costa Rica 1997
11. Drake, E y Gilroy, A “Una lista de Ideas para la Prevención del Abuso Intrafamiliar”. Child Care Publications. Florida, Estados Unidos de América. 1993.
- 12 Echandi, M “Los derechos de las niñas y los niños víctimas de abuso sexual e incesto”. Primera edición. Serie Documentos. Ediciones Ser y Crecer San José, Costa Rica 1993
- 13 Finkelhol, D y Browne, A : “El Impacto Traumático del Abuso Sexual Infantil: Una Conceptualización”. American Journal of Orthopsychiatry. Artículo Traducido por Vanessa Gómez. San José, Costa Rica. Octubre 1985.
- 14 Flores-Ortiz, I. “The Broken Covenant: Incest in Latino Families” Chicana/o Studies Program. University of California, Davis. November, 1995
- 15 Follette, V et al “Individual Predictors of Outcome in Group Treatment for Incest Survivors” Journal of Consulting and Clinical Psychology. The American Psychological Association Vol. 59, No 1, 1991 págs. 150-155
16. Fundación Ser y Crecer “Folleto sobre conceptos básicos de incesto” Fundación FunCreser. s/a
- 17 Gutiérrez, M y Huertas, C “Violencia Familiar Tendencias Manifiestas y Redes de Respuesta Social como Alternativa de Intervención”. Ponencia del IX Congreso Mundial sobre Derecho de Familia Memorias Tomo 1. Panamá 1996
18. Heise, L : “Superando la Violencia. Antecedentes de la Violencia contra las Mujeres como un Obstáculo para el Desarrollo”. UNICEF. Estados Unidos de América. 1994
- 19 Herman, J. y Schatzow, E · “Time-limited group therapy for women with a history of incest” International Journal Group Psychotherapy 334, Págs. 605-616 1984
- 20 Hooper, C “Women’s and their children’s experiences of sexual violence” Women’s Studies International Forum. Vol 18, No. 3, 1995 Págs 349-360
- 21 Jaquet, M. “Abuso Físico y Emocional”. Campaña Nacional de Prevención del Abuso Físico y Sexual. Guía Educativa para Monitores. Asunción, Paraguay. 1991

22. Knight, C. "Use of Support Groups with Adult Female Survivors of Child Sexual Abuse". National Association of Social Workers, Inc. 1990. Págs 202-206
- 23 Krugman, R.: Simposio "Abuso y Negligencia Contra Menores". Congreso V Aniversario, "Fortalecer el Compromiso Regional para Prevenir el Maltrato a Nuestros Menores". UNICEF y Fundación PANIAMOR. San José, Costa Rica 1992
- 24 Louredo, M.: "Maltrato en los Niños". Trabajo de Psicopatología Social. Universidad Santa María La Antigua. Panamá. 1992
- 25 Márquez, M. "Estudio de Violencia Intrafamiliar Contra la Mujer y los Menores en Panamá". UNICEF 1990.
- 26 Mejía, S. "Manual para la Detección de Casos de Maltrato a la Niñez". Asociación Save the Children. Tegucigalpa, Honduras 1995.
- 27 Naciones Unidas "El Adelanto de la Mujer Notas para Oradores" Departamento de Información Pública. Estados Unidos de América. 1995
- 28 Paniamor "Programa Capacitación Proyecto PAN Taller para adultos". Ediciones Proniño. San José, Costa Rica. 1994.
- 29 Ponce, K "Breves reflexiones sobre la victimización femenina Asunto de las servidoras judiciales", Boletín Informativo del Órgano Judicial: IVSTITIA. Año 8, No 41, Julio-Septiembre de 1999
- 30 Ramellini, T "Abordaje terapéutico con víctimas y sobrevivientes de abuso sexual infantil e incesto". CENDEISS. San José, Costa Rica. 1994
- 31 Reyna, M. y González, M "Niños y Niñas Testigos/as Sobrevivientes de Violencia Doméstica" Artículo en CEPAM 1997.
- 32 Santamaria, N. y Icaza, M. "Incesto: Ladrón silencioso de la sexualidad normal". Colección documentos N° 3. Programa Mujer, Salud y Desarrollo Ministerio de Salud Panamá. 1996
- 33 Semillas para el Cambio "Boletín del Centro de Ayuda a Víctimas de Violación" Número 2. Junio 1985.
34. Semillas para el Cambio: "Boletín del Centro de Ayuda a Víctimas de Violación" Número 3. Mayo 1987.
- 35 Setton, L. "La Relación de la Pareja, Sexualidad e Infidelidad", en: Memorias de la Tercera Jornada de los Psicólogos del Ministerio de Salud Ministerio de Salud Panamá. 2 y 3 de Septiembre de 1996 pp 54-59.

36. Sonkin, D. y Durphy, M. . “Aprender a vivir sin violencia. Manual para hombres”  
Volcano Press 1997.
37. Yerly, C . “El Libro de las Madres, como sobrevivir al incesto de su hijo/hija”,  
Documento traducido por Vera Vega para el Proyecto de  
Capacitación Permanente en el tema de Violencia Familiar  
dirigido a los Técnicos del Ministerio de Justicia. San José,  
Costa Rica 1991 Págs. 83-104
38. Varela, Y . “La Elección de Pareja según la Teoría Psicoanalítica de las Relaciones  
Objetales”, en: Memorias de la Tercera Jornada de los Psicólogos  
del Ministerio de Salud Ministerio de Salud. Panamá. 2 y 3 de  
Septiembre de 1996. pp. 47-50
39. Vila, M. “Violencia contra la mujer, un problema de salud pública”. Conferencia  
del Primer Seminario Subregional. Buenos Aires, Argentina. s/a
40. Walker, L. “Terapia de Sobrevivencia y Evaluación Clínica y de Intervención”.  
Libro de Trabajo. Documento traducido por el Programa Sub-  
regional de Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización  
Panamericana de la Salud. San José, Costa Rica. 1996.

**ANEXO**

## **HOJA DE PRESENTACION**

**Apreciada Compañera**

**Agradecemos su colaboración y disposición para compartir con nosotras información sobre las experiencias vividas como consecuencia del abuso sufrido durante su infancia**

**Reconocemos que el ROMPER EL SILENCIO ES UN ACTO DE VALENTIA Y UN PASO MAS EN EL PROCESO DE SU RECUPERACION**

**Como parte de la entrevista destinada a evaluar las condiciones iniciales de las aspirantes a participar en el GRUPO TERAPEUTICO PARA SOBREVIVIENTES DE INCESTO, les presentamos a continuación el presente cuestionario. En el mismo recogeremos información sobre las consecuencias físicas, psicosomáticas, psicológicas, sociales y familiares, conductuales y sexuales que el incesto ha producido en su vida presente. De manera adicional se obtendrá información de las Creencias existentes en su familia en relación a este tema**

**Le extendemos nuestro sincero agradecimiento por su colaboración, apoyo en la realización de la entrevista y disposición para compartir con nosotras sus experiencias**

**¡MUCHAS GRACIAS!**

**Atentamente,**

**Dora Arosemena B , Dania Carrera H , Dayra Dawson V**

## ENTREVISTA

### DATOS GENERALES

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad. \_\_\_\_\_

### NIVEL EDUCATIVO

Primaria completa

Primaria incompleta

Secundaria completa

Secundaria incompleta

Universidad completa

Universidad incompleta

Vocacional

### ESTADO CIVIL

Soltera

Casada

Divorciada

Separada

Unida

Viuda

### RAZA

Negra

Blanca

Latina

Otra \_\_\_\_\_

### RELIGIÓN

Católica

Evangélica

Protestante

Otra \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Corregimiento donde reside: \_\_\_\_\_

## NIVEL DE INGRESO FAMILIAR

Menos de B/. 100.00

B/.101.00 – B/. 200.00

B/. 201.00 – B/. 300

B/. 301.00 – B/. 400.00

B/. 401.00 – B/. 500

Más de B/. 501.00

## DATOS FAMILIARES

1. ¿Cómo era la comunicación en su familia?

Directa

Confusa

Indirecta

Otra

Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. ¿Qué tipo(s) de sentimiento(s) se podían expresar abiertamente en su familia?

Tristeza

Enojo

Alegría

Temor

Otro(s)

Explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿ Se podía hablar de sexualidad en su familia?

Si

No

4. ¿ Se podía hablar del incesto en su familia?

Si

No

5. ¿ Presenció violencia doméstica en su hogar durante la niñez o adolescencia?

Si  No

6. ¿ Qué tipos de violencia presenció en su familia?

Física  Emocional  Sexual  Económica

Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. ¿ Quién era la persona agresora?

Papá  Mamá  Abuelo(a)

Tío(a)  Hermano(a)  Otro

8 ¿ Cómo es su relación actual con su familia de origen?

Buena  Regular  Mala  Inexistente

Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. ¿ Cuenta con apoyo familia o de amistades para incorporarse al grupo terapéutico?

Si  No

Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. ¿ Cómo es su relación con su pareja actual?

Buena

Regular

Mala

Problemática

Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. ¿ Recibe maltrato en su relación de pareja actual?

Si

No

### RELACIÓN INCESTUOSA

12. ¿ Qué edad tenía Ud. cuando se inició el incesto?

\_\_\_\_\_

13. ¿ A qué edad terminó?

\_\_\_\_\_

14. ¿ Quién abuso de usted?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. ¿ Cuánto tiempo duró la relación incestuosa?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. ¿ Vivía Ud. con el ofensor(a) cuando se dio el incesto?

Si

No

De ser negativa la respuesta:

¿ Dónde vivía él? \_\_\_\_\_

¿Dónde vivía Ud.? \_\_\_\_\_

17. ¿ Dónde ocurrió el abuso? (lugar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. ¿ Algún miembro de la familia tuvo conocimiento del incesto?

Si  Quién (es)? \_\_\_\_\_

No

19. ¿ Cuáles fueron sus reacciones?

Impacto-Shock

Negación

Rabia-Enojo

Ansiedad

Mantener el control de sus sentimientos, pensamientos  
Y acciones

Miedo de dormir en la noche

Miedo de salir

Pesadillas

Aumento de la irritabilidad

Cambio de temperamento (altos – bajos)

Rehusar discutir el hecho

Siente que el incesto controla su vida

Siente que sus miedos no son normales

Llorar

Otro

Explicar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. ¿ Ha discutido el abuso con alguien fuera de su familia anteriormente?

Si  ¿ Quién(es)? \_\_\_\_\_

No

21. ¿ Qué reacción tuvo el abusador al ser descubierto?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

22. ¿ Qué sucedió para que se detuviera el abuso?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. ¿ Alguien más en su familia ha sido víctima de incesto?

Si  ¿ Quién (es)? \_\_\_\_\_

No

24. ¿ En qué forma fue abusada?

Manoseos

Besos que la incomodaban

Caricias que le hacían sentirse incómoda

Caricias en los genitales

Penetración

Otros

Especifique: \_\_\_\_\_

---

---

---

25. ¿ Cuáles fueron sus reacciones inmediatas frente al incesto?

Impacto

Negación

Enojo / Rabia

Depresión

Ansiedad

Miedo de dormir en la noche

Miedo de salir

Pesadilla

Llorar

Cambio de temperamento

Otras: \_\_\_\_\_

---

---

---

26. ¿ Sentimientos que tenía hacia el ofensor?

Ira

Rabia

Dolor

Temor

Placer

Confusión

Vergüenza

Otro

Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

27. ¿ Deseos más fuertes después del incesto?

Callar

Ocultar lo sucedido

Gritar

Hablar

Estallar

Llorar

Otro

Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

28. ¿ Mecanismos utilizados por el ofensor para obligarla?

Culparla

Amenaza de muerte

Amenaza de dejarla sin comer

Amenaza de dejarla de querer

Amenaza con irse de la casa

Amenaza de acusarla de mentirosa

La familia se desintegraría

Le pegaría o castigaría

Otro

Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

29. ¿ Requirió algún tipo de tratamiento como resultado del incesto?

Si  No

Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

30. ¿ Es víctima de abuso sexual en este momento?

Si  No

Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

31. ¿ Ha pensado alguna vez seriamente en acabar con su vida?

Si  No

¿ Cuándo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿ Cómo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

32. ¿ Está pensando hacerlo ahora?

Si

No

Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

33. ¿ Cómo se siente al haber hablado de lo que le ocurrió?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

34. ¿ Qué cosas ha hecho o está haciendo para ayudarse a sí misma?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

35. ¿ Cómo se siente ante la idea de entrar en un grupo de sobrevivientes de incesto?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

36. ¿ En qué aspectos de su vida actual esperaría que este grupo la ayudara?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

32 ¿ Está pensando hacerlo ahora?

Si

No

Explique: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

33. ¿ Cómo se siente al haber hablado de lo que le ocurrió?

---

---

---

---

---

---

34 ¿ Qué cosas ha hecho o está haciendo para ayudarse a sí misma?

---

---

---

---

---

---

35 ¿ Cómo se siente ante la idea de entrar en un grupo de sobrevivientes de incesto?

---

---

---

---

---

---

36. ¿ En qué aspectos de su vida actual esperaría que este grupo la ayudara?

---

---

---

---

**CUESTIONARIO**  
**Consecuencias del Incesto**

A continuación se le presentarán listados de las posibles consecuencias que puede haber experimentado, le agradecemos que indique con un gancho las que se apliquen a su caso particular (no hay límite de cantidad)

**A Físicas**

- Golpes \_\_\_\_\_
  - Moretones \_\_\_\_\_
  - Heridas \_\_\_\_\_
  - Sangramiento en los genitales \_\_\_\_\_
  - Problemas al caminar o sentarse \_\_\_\_\_
  - Enfermedades venéreas \_\_\_\_\_
  - Irritación o infección genital \_\_\_\_\_
  - Embarazos \_\_\_\_\_
  - Abortos \_\_\_\_\_
  - Desórdenes ginecológicos \_\_\_\_\_
  - Otras \_\_\_\_\_
- 

**B Psicosomáticas**

- Dolores de cabeza \_\_\_\_\_
  - Problemas estomacales \_\_\_\_\_
  - Palpitaciones o dolor en el pecho \_\_\_\_\_
  - Poco o excesivo sueño \_\_\_\_\_
  - Problemas de incontinencia \_\_\_\_\_
  - Mareos \_\_\_\_\_
  - Fatiga \_\_\_\_\_
  - Desmayos \_\_\_\_\_
  - Falta de apetito o comer en exceso \_\_\_\_\_
  - Temblores \_\_\_\_\_
  - Ataques de ansiedad \_\_\_\_\_
  - Problemas con la piel \_\_\_\_\_
  - Dolores musculares \_\_\_\_\_
  - Problemas menstruales \_\_\_\_\_
  - Manos húmedas y/o frías \_\_\_\_\_
  - Problemas para tragar \_\_\_\_\_
  - Otras \_\_\_\_\_
-

**C Psicológicas**

- Infelicidad, tristeza \_\_\_\_\_
  - Sin energías para enfrentar los problemas cotidianos \_\_\_\_\_
  - Sin interés por las cosas en general \_\_\_\_\_
  - Sentimientos de ser inferior a los demás \_\_\_\_\_
  - Sentimientos de no servir para nada \_\_\_\_\_
  - Sentimiento de que la vida no vale la pena \_\_\_\_\_
  - Sin esperanzas \_\_\_\_\_
  - Llorar frecuentemente \_\_\_\_\_
  - Sentimientos de amargura \_\_\_\_\_
  - Sentimientos de culpa por todo lo que sucede \_\_\_\_\_
  - Pesimista respecto al futuro \_\_\_\_\_
  - Sensación de ser un fracaso \_\_\_\_\_
  - Dificultad para tomar decisiones \_\_\_\_\_
  - Sensación de estar siendo castigada \_\_\_\_\_
  - Desear estar muerta \_\_\_\_\_
  - Pensar en acabar con su vida \_\_\_\_\_
  - Sentirse insegura \_\_\_\_\_
  - Sentirse agitada, inquieta \_\_\_\_\_
  - Sentirse inestable \_\_\_\_\_
  - Sensación creciente de que está por sucederle algo malo \_\_\_\_\_
  - Sensación vaga de pérdida inminente \_\_\_\_\_
  - Sensación de que las cosas están fuera de su control \_\_\_\_\_
  - Sensación de tensión \_\_\_\_\_
  - Estar demasiado nerviosa o acelerada \_\_\_\_\_
  - Irritable, fácil de enojar \_\_\_\_\_
  - Sentir amenazante el medio que le rodea \_\_\_\_\_
  - Dificultad para concentrarse en una tarea o trabajo \_\_\_\_\_
  - Miedo a perder el juicio \_\_\_\_\_
  - Cansarse fácilmente \_\_\_\_\_
  - Sensación de ahogarse o estar sin aire \_\_\_\_\_
  - Incapacidad para relajarse \_\_\_\_\_
  - Tener pesadillas \_\_\_\_\_
  - Rechazo a la intimidad \_\_\_\_\_
  - Buscar intimidad exclusiva o mayoritariamente por contacto sexual \_\_\_\_\_
  - Soñar despierta \_\_\_\_\_
  - Sentirse no amada \_\_\_\_\_
  - Otras \_\_\_\_\_
- 
-

**D Sociales y familiares**

- Dificultad para hacer amigos/as \_\_\_\_\_
  - Sentirse incómoda con personas extrañas \_\_\_\_\_
  - Alejarse del resto de las personas \_\_\_\_\_
  - Sentirse rechazada por los amigos/as \_\_\_\_\_
  - No encontrar una pareja adecuada \_\_\_\_\_
  - Dificultad para decidir si casarse o establecer un compromiso a largo plazo \_\_\_\_\_
  - Romper su matrimonio o terminar con su pareja \_\_\_\_\_
  - Dificultad para decidir tener hijos \_\_\_\_\_
  - Problemas con la crianza de los hijos \_\_\_\_\_
  - Mala relación con el padre \_\_\_\_\_
  - Mala relación con la madre \_\_\_\_\_
  - Sentirse rechazada por su pareja \_\_\_\_\_
  - Sentirse rechazada por su familia \_\_\_\_\_
  - Problemas escolares \_\_\_\_\_
  - Dificultad en su rendimiento laboral \_\_\_\_\_
  - Apegarse a creencias religiosas \_\_\_\_\_
  - Otras \_\_\_\_\_
- 

**E Conductuales**

- Incapacidad de controlar ciertos comportamientos repetitivos \_\_\_\_\_
  - Involucrarse en comportamientos peligrosos o ilegales \_\_\_\_\_
  - Fumar en exceso \_\_\_\_\_
  - Morderse las uñas o las cutículas \_\_\_\_\_
  - Morderse o arrancarse el pelo \_\_\_\_\_
  - Beber en exceso \_\_\_\_\_
  - Juego excesivo \_\_\_\_\_
  - Conducir de manera insegura \_\_\_\_\_
  - Incapacidad de actuar rápidamente \_\_\_\_\_
  - Utilizar drogas en exceso \_\_\_\_\_
  - Ser problemática \_\_\_\_\_
  - Huir de casa \_\_\_\_\_
  - Practicar la prostitución \_\_\_\_\_
  - Sumergirse en la televisión \_\_\_\_\_
  - Otras \_\_\_\_\_
-

**F Sexuales**

- Falta de excitación \_\_\_\_\_
  - Perder interés en el sexo \_\_\_\_\_
  - Aislamiento social para evitar el sexo \_\_\_\_\_
  - Experimentar deseos sexuales diferentes a los de tu pareja \_\_\_\_\_
  - Temer al sexo \_\_\_\_\_
  - Falta de orgasmo \_\_\_\_\_
  - Dificultad para llegar al orgasmo \_\_\_\_\_
  - Encontrar la penetración dolorosa o imposible \_\_\_\_\_
  - Aversión a los actos sexuales experimentados durante el incesto \_\_\_\_\_
  - Confusión acerca de las conductas apropiadas al tener novio \_\_\_\_\_
  - Dificultad para establecer límites sexuales \_\_\_\_\_
  - Utilizar el sexo para llamar la atención \_\_\_\_\_
  - Hacer selecciones indiscriminadas de compañeros sexuales \_\_\_\_\_
  - Otras \_\_\_\_\_
- 
-

## CREENCIAS FAMILIARES

A continuación se le presentarán listados de posibles creencias en su familia en relación al incesto, le agradecemos que indique con un gancho la(s) que se aplique(n) a su caso particular (no hay límite de cantidad)

- Los(as) niños(as) mienten cuando alegan haber sido abusados \_\_\_\_\_
- El incesto es una fantasía infantil \_\_\_\_\_
- Todas las víctimas de abuso sexual e incesto son niñas \_\_\_\_\_
- Los(as) niños(as) son responsables del abuso sexual incestuoso \_\_\_\_\_
- Sólo los extraños abusan sexualmente de los niños(as) \_\_\_\_\_
- Se utiliza la fuerza física generalmente \_\_\_\_\_
- El incesto es más común entre familias de bajos ingresos \_\_\_\_\_
- El incesto sólo ocurre en las familias sin educación \_\_\_\_\_
- Un adulto abusa generalmente sólo de una persona en la familia \_\_\_\_\_
- Los(as) niños(as) son abusados sexualmente por tener conductas seductoras \_\_\_\_\_
- La culpa que siente el ofensor nunca la siente la víctima \_\_\_\_\_
- La mujer es propiedad del varón \_\_\_\_\_
- La mujer tiene que obedecer y seguir al varón \_\_\_\_\_
- La mujer tiene que aguantar \_\_\_\_\_
- La mujer tiene que complacer \_\_\_\_\_
- Ninguna mujer puede ser abusada en contra de su voluntad \_\_\_\_\_
- La culpa que siente el ofensor nunca la siente la víctima \_\_\_\_\_
- Los abusadores sexuales son locos o enfermos \_\_\_\_\_
- Otras \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO GRUPAL PARA SOBREVIVIENTES DE INCESTO DE LA  
DOCTORA GIOCONDA BATRES**

GRUPO DE APOYO ESTRUCTURADO DE CORTO PLAZO Y QUE PUEDE SER DESARROLLADO EN 15 SESIONES (DE 2 SESIONES SEMANALES Y 2 HORAS POR SESIÓN)

EN EL MISMO SE ABORDAN PROCESOS IMPORTANTES COMO SEGURIDAD, CULPA, SECUELAS, PODER, MECANISMOS DE SOBREVIVENCIA, RELACIONES PERSONALES Y SEXUALIDAD

HACE ÉNFASIS EN LA REESTRUCTURACION COGNOSCITIVA DE LOS MENSAJES QUE EL INCESTO ESTABLECIÓ Y EL REENCONTRAR LOS SENTIMIENTOS QUE EL ABUSO HIZO EXPERIMENTAR A LA SOBREVIVIENTE

SE PROPORCIONA INFORMACIÓN QUE ELLAS NO TUVIERON EN ÁREAS COMO SEXUALIDAD Y REALIDADES SOBRE LA OCURRENCIA DEL INCESTO

**PRINCIPIOS TERAPÉUTICOS DE ESTE ESQUEMA DE TRATAMIENTO**

- 1 EL ESTIMULO
- 2 EL APOYO MUTUO
- 3 LA EDUCACIÓN
- 4 LA SOCIALIZACION DE LA EXPERIENCIA CON OTRAS VÍCTIMAS  
CON HISTORIAS SIMILARES
- 5 LA RUPTURA DEL SECRETO
- 6 LA INTERACCIÓN
- 7 LA RETROALIMENTACIÓN

- 8 PROPORCIONAR UN AMBIENTE ESTRUCTURADO QUE BRINDE SEGURIDAD Y CONFIANZA
- 9 EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE VIDA NO DESTRUCTIVAS
10. LA CONSTRUCCIÓN DE UN SISTEMA FUERTE DE AUTOAYUDA
11. EL “EMPODERAMIENTO”
- 12 LA SOLIDARIDAD CON OTRAS SOBREVIVIENTES

### **LAS ETAPAS DE LA RECUPERACIÓN:**

ESTE TRATAMIENTO ABORDA LAS 3 ETAPAS DE RECUPERACIÓN PROPUESTAS POR JUDITH HERMAN, QUIEN SEÑALA QUE ASI COMO LA RECUPERACIÓN DE UN TRAUMA OCURRE POR ETAPAS, EL TRATAMIENTO DEBE HACERSE POR ETAPAS

#### **1. ESTABLECER LA SEGURIDAD:**

LAS METAS DE ESTA ETAPA SON EL REESTABLECIMIENTO DEL CONTROL Y LA SEGURIDAD, QUE ES UNA DE LAS PRIMERAS TAREAS DE LA RECUPERACIÓN, ASI COMO EL ESTABLECIMIENTO DE UNA ALIANZA TERAPÉUTICA.

TAMBIEN SE ESTIMULA LA ADQUISICIÓN DE CONTROL SOBRE EL ENTORNO, EL AUMENTO DE LAS DESTREZAS DE LAS SOBREVIVIENTES PARA RODEARSE DE PERSONAS SEGURAS Y NO AISLARSE, LA ELABORACIÓN DE UN PLAN PARA SU PROTECCIÓN, AUTOCUIDADO Y DESARROLLO DEL VALOR PROPIO E IMPORTANCIA LOS TEMAS POR SESION SON LOS SIGUIENTES

**SESION 1:** ESTABLECIMIENTO DE UNA ALIANZA TERAPÉUTICA

**SESION 2:** ESTABLECIENDO CONFIANZA Y SISTEMA DE APOYO

**SESION 3: APRENDIENDO A TRATAR CON LAS CRISIS**

**SESION 4: AUTOESTIMA Y AUTOIMAGEN**

**SESION 5: LOS MENSAJES NEGATIVOS· CONTROL Y PODER.**

## **2. RECUERDO Y DUELO:**

EN ESTA ETAPA LA SOBREVIVIENTE RELATA LA HISTORIA DEL TRAUMA, POR LO QUE LA ALIANZA ENTRE ELLA Y LA FALICITADORA DEBE SER FUERTE, YA QUE SE ESCUCHARAN LOS HORRORES DEL PASADO ADEMÁS DE LOS HECHOS, LOS SENTIMIENTOS ASOCIADOS A LOS MISMOS DEBEN SER TAMBIEN RECONSTRUIDOS

ESTAS SESIONES IMPLICAN EL RECONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DE LA OCURRENCIA DEL INCESTO, EL ROMPER VIEJOS PATRONES DE SILENCIO Y SECRETO LAS DEFENSAS QUE FUERON UTILES EN EL PASADO DEBERAN SER DESMANTELADAS DE MANERA QUE LA SOBREVIVIENTE PUEDA RECONOCER LO QUE LE SUCEDIÓ Y TRABAJAR EL DOLOR, LA IRA, LOS MITOS Y HACER EL DUELO LOS CONTENIDOS DE ESTAS SESIONES SON LOS SIGUIENTES

**SESION 6: MITOS Y REALIDADES SOBRE EL INCESTO**

**SESION 7: RECONOCIENDO EL DAÑO Y ESTABLECIENDO LAS  
SECUELAS**

**SESION 8: RECORDANDO Y ROMPIENDO EL SILENCIO**

**SESION 9: LA CULPA**

**SESION 10: LA IRA (APRENDIENDO DE ELLA)**

**SESION 11: LOS SENTIMIENTOS**

### **3. RECONEXIÓN**

CUANDO YA SE HAN RECONCILIADO CON SU PASADO TRAUMÁTICO, LAS SOBREVIVIENTES PUEDEN EMPEZAR LA TAREA DE CREARSE UN FUTURO, DESARROLLAR UN NUEVO SENTIDO DEL SER Y ESTABLECER NUEVAS RELACIONES

LOS ASPECTOS ABORDADOS EN LA PRIMERA ETAPA SE RETOMAN, PERO AHORA PARA ESTABLECER NUEVAS METAS Y PROYECTOS FUTUROS APRENDIENDO DEL PASADO, ELLAS PUEDEN CAMINAR CON MÁS CONFIANZA EN EL FUTURO LOS CONTENIDOS DE ESTAS SESIONES SON LOS SIGUIENTES

**SESION 12: INTIMIDAD Y RELACIONES**

**SESION 13: LA SEXUALIDAD**

**SESION 14: CAMBIO Y ASERTIVIDAD**

**SESION 15: DESPEDIDA Y EVALUACIÓN**

DURANTE EL TRATAMIENTO GRUPAL SE UTILIZAN DISTINTAS TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS TERAPÉUTICAS CON LA FINALIDAD DE ENRIQUECER, APOYAR Y FACILITAR EL PROCESO

#### **1. TÉCNICAS EXPRESIVAS:**

UTILIZACIÓN DEL DIBUJO, LA PINTURA Y LA MUSICA COMO MODO SIMBÓLICO DE COMUNICACIÓN NO VERBAL ASI SE FACILITA EL QUE SURGA MATERIAL INCONSCIENTE Y SE PROPICIA LA ELIMINACIÓN DE LAS INHIBICIONES QUE DEJO LA IMPOSICIÓN DEL SECRETO

## **2. BIBLIOTERAPIA:**

INFORMACIÓN SOBRE LOS MITOS DEL INCESTO Y SUS REALIDADES, ASI COMO LECTURAS ADICIONALES CORRIGEN LA INFORMACIÓN DISTORSIONADA Y REFUERZAN NUEVOS SENTIMIENTOS Y CONDUCTAS EN LAS SOBREVIVIENTES

## **3. ESCRITURA:**

MEDIO PARA FACILITAR LA EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS QUE NO SE ATREVERÍAN A EXPRESAR VERBALMENTE, YA QUE SOBRE ELLAS PESO LA PROHIBICIÓN DE CONTAR SU EXPERIENCIA Y LA AMENAZA EN CAOS DE ROMPER EL SILENCIO

HACER CARTAS, DIARIOS Y CONTESTAR CUESTIONARIOS, ADEMÁS DE ORGANIZAR LA EXPERIENCIA SON MEDIOS PODEROSOS DE LA REVELACIÓN

## **4. TÉCNICAS DE AUTONUTRICIÓN:**

PONERSE EN CONTACTO CON LA NIÑA QUE FUERON A TRAVÉS DE CARTAS, CUIDADOS Y RITUALES, SUELE SER UNA TÉCNICA QUE LAS SOBREVIVIENTES MÁS DEFENSIVAS SUELEN ACEPTAR Y CON LA CUAL LOGRAN UN RÁPIDO CONTACTO CON SU PASADO Y LOS SENTIMIENTOS ASOCIADOS A EL CADA PARTICIPANTE LLEVARA UN CUADERNO O DIARIO EN EL CUAL TAMBIEN SE INCLUIRAN LAS HOJAS DE APOYO QUE SE HAN PREPARADO PARA GUIAR EL TEMA DE CADA SESION

## **TEMAS POR SESIONES**

### **Sesión I**

- 1 Presentación, estructuración y reglas

### **Sesión II**

- 2 La Confianza

### **Sesión III**

- 3 Peligro de suicidio
  - 3 a Contrato de suicidio
  - 3 b Cuidar de sí misma

### **Sesión IV**

- 4 Auto imagen
  - 4 a Autorretrato
  - 4 b Celebrando los logros

### **Sesión V**

- 5 Mensajes, decir no

### **Sesión VI**

- 6 Mitos y realidades del incesto

### **Sesión VII**

- 7 Los efectos del incesto
  - 7 a Conductas autodestructivas
  - 7 b ¿Cómo estoy?

### **Sesión VIII**

- 8 Recordando , rompiendo el silencio

**Sesión IX**

**9 La culpa y la vergüenza**

**9 a Identificando la culpa y reemplazándola con la realidad**

**9 b Buscando a la niña (carta a una niña abusada)**

**Sesión X**

**10 La ira**

**10 a. Carta al abusador**

**Sesión XI**

**11 Los sentimientos**

**11 a. Para estar presente**

**11 b Sentimientos congelados**

**11 c Tristeza**

**Sesión XII**

**12 Intimidad y relaciones**

**Sesión XIII**

**13 Sensualidad**

**13 a. Sexualidad**

**Sesión XIV**

**14 Orgullosa de sí misma**

## **IDEAS FUERTES POR SESIÓN**

- I "YO MEREZCO LO MEJOR"
- II. "PUEDO Y QUIERO RECOBRAR LA CONFIANZA EN MI
- III "PUEDO CUIDAR DE MI MISMA"
- IV "PUEDO AMARME Y ACEPTARME COMO SOY" "YO MEREZCO  
CELEBRAR MIS LOGROS"
- V TENGO PODER Y CONTROL SOBRE MI"
- VI "PUEDO COMBATIR LOS MITOS
- VII "TENGO FORTALEZA PARA DETENER LAS CONDUCTAS  
AUTODESTRUCTIVAS"
- VIII "RECORDANDO ME LIBERO"
- IX. "NO SOY CULPABLE DEL ABUSO", "PUEDO LIBERARME DE LA  
CULPA
- X. "LA IRA, APRENDIENDO DE ELLA"
- XI "PUEDO MANTENERME PRESENTE Y EN CONTACTO CON MIS  
SENTIMIENTOS
- XII "PUEDO RECONSTRUIR MIS RELACIONES CON LAS PERSONAS  
QUE ME RODEAN"
- XIII "PUEDO APRENDER A DISFRUTAR DE MI SEXUALIDAD"
- XIV "TENGO LA FUERZA PARA SANAR"
- XV CIERRE

### Sesión IX

#### 9 La culpa y la vergüenza

##### 9 a Identificando la culpa y reemplazándola con la realidad

##### 9 b Buscando a la niña (carta a una niña abusada)

### Sesión X

#### 10 La ira

##### 10 a Carta al abusador

### Sesión XI

#### 11 Los sentimientos

##### 11 a. Para estar presente

##### 11 b Sentimientos congelados

##### 11 c Tristeza

### Sesión XII

#### 12 Intimidad y relaciones

### Sesión XIII

#### 13 Sensualidad

##### 13 a Sexualidad

### Sesión XIV

#### 14 Orgullosa de sí misma

## **IDEAS FUERTES POR SESIÓN**

- I "YO MEREZCO LO MEJOR
- II "PUEDO Y QUIERO RECOBRAR LA CONFIANZA EN MI"
- III "PUEDO CUIDAR DE MI MISMA"
- IV "PUEDO AMARME Y ACEPTARME COMO SOY", "YO MEREZCO CELEBRAR MIS LOGROS"
- V "TENGO PODER Y CONTROL SOBRE MI"
- VI "PUEDO COMBATIR LOS MITOS
- VII "TENGO FORTALEZA PARA DETENER LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS"
- VIII "RECORDANDO ME LIBERO"
- IX "NO SOY CULPABLE DEL ABUSO , 'PUEDO LIBERARME DE LA CULPA"
- X "LA IRA, APRENDIENDO DE ELLA"
- XI "PUEDO MANTENERME PRESENTE Y EN CONTACTO CON MIS SENTIMIENTOS
- XII "PUEDO RECONSTRUIR MIS RELACIONES CON LAS PERSONAS QUE ME RODEAN"
- XIII. PUEDO APRENDER A DISFRUTAR DE MI SEXUALIDAD
- XIV "TENGO LA FUERZA PARA SANAR"
- XV CIERRE