



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA**

**TERAPIA NARRATIVA GRUPAL PARA ADULTOS QUE SUFRIERON ABUSO  
SEXUAL EN LA INFANCIA**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN CLÍNICA EN ADULTOS Y GRUPOS**

**PRESENTA:**

**LAURA HUERTA MUÑOZ**

**DIRECTORA:**

**MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**COMITÉ:**

**MTRA. GUADALUPE BEATRIZ SANTAELLA HIDALGO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DRA. MARÍA DEL CARMEN MONTENEGRO NÚÑEZ**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MTRA. SILVIA GUADALUPE VITE SAN PEDRO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MTRA. BEATRIZ ALEJANDRA MACOUZET MENÉNDEZ**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**México D.F.**

**Junio 2015**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



*Dedicada a todos aquellos que pese  
al dolor y el sufrimiento han sabido  
sobreponerse.*

*“La felicidad puede hallarse, incluso  
en los más oscuros momentos, si tan  
solo recordamos encender la luz”  
Steven Kloves*



## Agradecimientos

El presente trabajo de investigación es resultado del aprendizaje adquirido en la Especialidad en Intervención Clínica en Adultos y Grupos, por lo cual agradezco la atención y enseñanzas de cada una de mis profesoras, Asunción, Anel, Rosario, Silvia y Paulina, quienes en el curso del posgrado revelaron para mí una nueva gama de alternativas terapéuticas y me descubrieron nuevos conocimientos basados en sus amplias experiencias profesionales.

Agradezco a la Maestra Asunción Valenzuela Cota por haberse involucrado en este proyecto conmigo, por haberme apoyado y por haber sido una estupenda Directora de Tesis, por cuya orientación, conocimiento y observaciones fue posible esta prueba escrita.

A la Doctora María del Carmen Montenegro agradezco por su apoyo de diversos tipos, conocimientos, paciencia y compromiso, pues desde un inicio me impulsó para sacar adelante esta investigación.

A la Dra. Anel H. Gómez le agradezco el haberme introducido en la Terapia narrativa, pues sin su guía para tratar narrativamente un caso de abuso sexual en la infancia probablemente este trabajo nunca hubiera sido posible.

A mi Comité Académico –Asunción Valenzuela, Maricarmen Montenegro, Guadalupe Santaella, Silvia Vite y Beatriz Macouzet– por cuyas observaciones esta tesis pudo ser perfeccionada, en la medida de mis posibilidades, gracias a sus agudas observaciones y a su apoyo y motivación.

También, agradezco a Erick, por su paciencia y soporte en las largas horas de trabajo y desvelo, sin su ayuda esta obra habría tardado mucho más tiempo en existir.

Finalmente agradezco a mi madre, sin cuyo cariño y apoyo –de todas las formas posibles– simplemente esto no sería posible.

Gracias a todos y cada uno de los que participaron en mi formación. Sobre todo, gracias absolutas a quienes depositaron su confianza en mí para compartir sus historias de vida y con su fortaleza y lucha inspiraron este trabajo.





# ÍNDICE

<b>Resumen</b>	1
<b>Introducción</b>	3
<b>Capítulo 1: Abuso Sexual en la Infancia</b>	15
1.1 Definición	17
1.2 Aspectos jurídicos y epidemiología del abuso sexual de infantes en México	20
1.3 Contexto en torno al abuso sexual de niños: Perspectivas teóricas sistémicas y de género	40
1.4 Perspectivas de secularización traumática o traumatogénicas. Efectos del abuso sexual en la infancia	54
1.5 Modelos de intervención	65
<b>Capítulo 2: Terapia Narrativa</b>	69
2.1 Historia y Desarrollo	71
2.2 Principios Básicos y Principales representantes	76
2.3 Técnicas de Intervención	88
2.4 Perspectivas narrativas en torno al abuso sexual infantil	105
<b>Capítulo 3: Grupos Terapéuticos</b>	123
3.1 Dinámica de grupos	124
3.2 Grupos terapéuticos	126
3.3 Grupos para víctimas de abuso sexual	149

---

<b>Capítulo 4: Terapia Narrativa Grupal para Adultos que sufrieron abuso sexual en la infancia: Una Propuesta de Intervención</b>	159
4.1 Diseño	160
○ Planteamiento del Problema	160
○ Justificación	161
○ Objetivos	161
○ Población y Contexto	162
○ Implementación	164
○ Evaluación	168
4.2 Proceso terapéutico narrativo	169
4.3 Estrategias de Intervención y Encuadre	171
4.4 Estrategias de Cambio	176
4.5 Habilidades clínicas en la Terapia Narrativa de Grupo	178
4.6 Tareas Terapéuticas	180
4.7 Plan de las Sesiones	182
<b>Discusión</b>	197
<b>Conclusiones</b>	205
<b>Referencias</b>	211
<b>Anexos</b>	221

# **TERAPIA NARRATIVA GRUPAL PARA ADULTOS QUE SUFRIERON ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA**

## **Resumen**

El abuso sexual de niños y adolescentes es un problema social complejo, cuyos efectos tienen impacto en la vida psíquica de las personas durante su desarrollo y que pueden prolongarse afectando negativamente a la persona inclusive durante la vida adulta, los cuales están socialmente influidos por representaciones sociales, estereotipos y por los discursos de los profesionales o expertos que, por diferentes medios de comunicación, difunden sus ideas acerca de este fenómeno. Ello se explica, porque durante la infancia y adolescencia los esquemas mentales y la identidad están influidos por las ideas de los adultos que participan en la vida del menor, particularmente los familiares, que son quienes en su mayor parte construyen el significado del abuso. Cada persona construye diferentes narraciones sobre lo acontecido, consecuentemente con su contexto cultural y familiar, lo que influye sobre su identidad e imagen de sí mismo a lo largo de su vida, desafortunadamente, en muchos casos esta idea de sí se encuentra deteriorada, de donde surgen historias “quebradas” y el estigma auto impuesto. La terapia narrativa ha mostrado ser eficaz en el tratamiento psicoterapéutico de las secuelas del abuso sexual en tanto se orienta a reconstruir la identidad personal liberada del estigma y los efectos del abuso, potencializada su efectividad con el dispositivo que proporciona la psicoterapia grupal, la que puede ampliar los beneficios de este modelo de intervención en tanto es un espacio micro social que integra testigos externos que validan y legitiman el proceso terapéutico de los individuos, apoyándose mutuamente e infundiéndose esperanza entre sí.

## **Palabras clave**

Abuso sexual en niñas y niños de hasta 15 años, terapia narrativa, terapia de grupo, identidad, relatos de vida.

## **Abstract**

*Sexual abuse of underage people is a social problem, which effects has incidence in psychic lives of people whom suffered it during their growth and even pending their adult lives with negative effects over their daily development, and this is largely caused because of speeches that, influenced by sociocultural context, they build about themselves; this life stories are built under familiar and cultural circumstances which most times are stigmatizing and self-devaluating, and it is so because the minors are incapable of construct meanings for sexual aggressions due the fact they are perpetrated by those who are supposed to protect them, so in their attempt to give a meaning for these events, they appeal to cultural an expert discourses, which are mostly stigmatizing and self-blaming. The result of this process are broken stories that grown up's tell themselves, that become obstacles for personal realization and give a depreciating the idea of self-worth. Narrative therapy has demonstrated being effective in psychotherapy treatment of consequences of sexual abuses it's designed to deal with self-image and the re-creation of identity, and group therapy device may enhance the benefits of this intervention model as this is a microsocial place that gives the participants social legitimation trough external witnesses.*

## **Key words**

*Sexual abuse in childhood, sexual aggressions under 15 years old, narrative therapy, group therapy, identity, life stories.*

## Introducción

El abuso sexual infantil (ASI) se puede definir como los «contactos e interacciones sexuales entre un menor de edad y un adulto o entre menores de edad si existe una diferencia de cinco años entre ellos, o si el niño/adolescente agresor se encuentra en una posición de poder o control sobre la víctima, aunque no haya diferencia de edad» (Hartman y Burgess, 1989; en Cantón y Justicia, 2008). Los estudios que han examinado las secuelas a largo plazo del ASI enumeran numerosas dificultades psicológicas, conductuales y sociales en la edad adulta, que varían desde la depresión y baja autoestima hasta el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad (Cantón y Justicia, 2008); sin embargo, los diferentes estudios atribuyen la intensidad de los síntomas a aspectos como el entorno, las redes sociales y familiares e incluso a las estrategias de afrontamiento, por lo cual las medidas de intervención no tienen un modelo específico o definitorio de intervención, y no existe aún una clara relación entre la mejoría de los síntomas y las estrategias de afrontamiento; sin olvidar que pese a la importancia del entorno social (determinante de muchos aspectos de la vida diaria), también se encuentran los aspectos subjetivos que intrapsíquicamente darán pauta a las respuestas del individuo, por lo que una intervención adecuada habrá de tomar en consideración tanto los sistemas familiares y sociales (cultura, instituciones, roles) como al individuo y sus procesos psicoafectivos.

Un modelo terapéutico que se ha empleado en el tratamiento de víctimas/sobrevivientes de abuso sexual es la terapia narrativa, cuyo alcance, si bien se encuentra limitado por el criterio de exclusión basado en la necesidad de alfabetización de los clientes, es muy amplio puesto que considera elementos sistémicos sociales y familiares y la identidad del individuo, así como su historia de vida, vista desde el presente. La terapia narrativa está orientada al empoderamiento de la persona como experta en su vida y como competente para resolver el problema que la lleva a terapia. Las prácticas narrativas buscan una reconstrucción o reescritura de su narrativa incorporando los nuevos relatos que han aparecido a lo largo de la terapia y la transmisión de su nuevo relato a personas significativas de su red social, de tal forma que esa nueva narración incida en su construcción de identidad, relaciones

interpersonales y desenvolvimiento cotidiano, con base en una imagen integrada de la persona como una totalidad re-construida de manera positiva, enfocada en sus recursos y fortalezas.

El desarrollo de las prácticas narrativas tiene un fuerte énfasis en el significado y el lenguaje, partiendo de las perspectivas del construccionismo social que considera que el lenguaje sirve como modelo para la generación de significado. Los actos, expresiones, palabras y demás manifestaciones de la experiencia humana sólo cobran sentido en la participación en un sistema social en donde se ponen en juego diferentes discursos que organizan y relacionan el significado, dando pues sentido a las prácticas cotidianas y a la vida de los individuos.

El problema psicológico desde este enfoque es entendido como la constricción y limitación que imponen las historias dominantes, historias “quebradas” con las que los consultantes entran en el proceso terapéutico. Estos relatos dominantes incluyen todas las conductas y significados que elaboran las personas en torno la situación que les preocupa. Estas historias dominantes están directamente enraizadas en discursos dominantes que promueven el disciplinamiento del cuerpo, los pensamientos y las conductas y que descalifican, limitan o niegan aspectos significativos de su experiencia y su sentido de la identidad (White y Epston, 1993). Las narrativas individuales se encuentran influidas por las construcciones sociales, por lo que las identidades atraviesan por procesos constructivos por el discurso social, que sobre las vivencias individuales se hace.

La tarea principal en este modelo es ayudar a que la persona deduzca significados alternativos de sus experiencias de abuso: establecer las condiciones que hagan posible que ellos reinterpreten los efectos del abuso en sus vidas, ayudarlas a ingresar a otro relato más positivo a cerca de quienes podrían ser como personas, darles la oportunidad de pararse en un territorio diferente de vida (White, 2002b, 2004, Durrant y White, *et. al.*, 1993). Este enfoque propone un rito de pasaje de víctima a sobreviviente, en donde el protagonista pasa de la identidad de sufrimiento y encarcelamiento del discurso dominante, a uno en que es agente sobre su propia vida, elige ser sobreviviente porque se vuelve quien dicta su vida y amplía sus alternativas de forma constructiva y no autodestructiva.

Más allá de las ventajas económicas del grupo (rentabilidad, principalmente), el modelo de intervención en grupo potencia los efectos terapéuticos porque (Yalom, 1975) el grupo en sí mismo es una herramienta curativa, ayuda al desarrollo de habilidades sociales, a la mejoría de las relaciones interpersonales, infunde esperanza, y puede mejorar los efectos de la terapia narrativa dado que el grupo en sí mismo implica la inserción en un espacio microsocioal en donde existen protección, seguridad, apoyo, multiplicidad de historias, sin estigmatización y un mayor número de voces que se unen al esfuerzo de multi-historiar y enriquecer los significados que en una terapia diádica.

### **Objetivos de investigación**

- Desarrollar una plataforma de intervención integrativa de la terapia narrativa y la terapia de grupos para la atención psicológica de adultos que sufrieron ASI y que en la vida adulta mantienen secuelas emocionales que afectan negativamente su vida cotidiana.
- Desarrollar una psicoterapia individual mediante el dispositivo grupal con técnicas narrativas posmodernas.
- Presentar una propuesta de intervención clínica que permita ahorrar recursos humanos, materiales, temporales y económicos en el proceso terapéutico y que maximice los beneficios de la terapia.

### **Preguntas de investigación**

- ¿Cuáles son las ventajas que puede aportar la dinámica de grupos a la terapia narrativa?
- ¿Cuáles son los beneficios de la elaboración de narrativas grupales para el tratamiento del abuso sexual?
- ¿Cuáles son los factores terapéuticos que pueden establecerse mediante las prácticas narrativas en grupo?
- ¿Cuáles deben ser las estrategias técnicas para llevar a cabo una terapia narrativa grupal exitosa?

## **Justificación**

En la práctica clínica el psicoterapeuta se enfrenta a diversas realidades psicosociales, cada una representada por quienes solicitan la atención psicológica y, no obstante las particularidades, el terapeuta puede apreciar ciertos rasgos comunes entre algunos de los individuos que atiende. Hay denominadores comunes en adultos con antecedentes de abuso sexual en la infancia (ASI), que acuden a solicitar los servicios psicológicos (aunque no busquen atención por el abuso sexual), pues a lo largo del proceso terapéutico refieren en múltiples ocasiones el abuso, lo recuerdan y reviven y, a menudo, lo señalan como el desencadenante de los conflictos que encaran en la vida adulta, destacando principalmente, una imagen negativa de sí mismos, dificultades en el establecimiento de vínculos, vergüenza y culpa.

Las prácticas narrativas han mostrado su eficacia para la psicoterapia individual en los casos de abuso sexual, y así también se ha probado la eficacia de las prácticas narrativas colectivas en la reducción del daño psicológico provocado por desastres. Por su parte, la terapia grupal, en sus diferentes modalidades, ha mostrado eficacia para la resolución de conflictos intra e interpersonales, pues no sólo se atienden las dificultades psicológicas, sino que además el grupo favorece el desarrollo de las habilidades sociales al mismo tiempo que da una sensación de apoyo y comprensión mutua. La combinación de ambas formas terapéuticas puede resultar positiva no sólo en términos económicos, sino además en términos de la ampliación de las historias alternativas a partir de la experiencia grupal de co-autoría y colaboración para la creación narrativa.

En el nivel institucional, trabajar con cada uno de los adultos que encajan en este perfil, de manera individual, requiere recursos referentes a espacios físicos, temporales y monetarios que pueden reducirse al reunirlos para el trabajo grupal, lo cual, a nivel institucional, ayuda a reducir los costos de atención psicológica y a favorecer el logro de los objetivos psicoterapéuticos de manera eficaz.



Propongo un modelo de intervención clínica para adultos que sufrieron abuso sexual en la infancia mediante prácticas narrativas y terapia grupal. El modelo que se propone se sustenta en la perspectiva teórico-metodológica constructivista o de la fenomenología social de Peter Berger y Thomas Luckmann en *La construcción social de la realidad* (1997), que asume que los sujetos atribuyen significados en el curso de vida mediante el sentido común, el cual se constituye por opciones socialmente dadas de interpretación; asimismo, del construccionismo social (Gergen, 1985), en tanto que los significados son creados y sólo posibles en el contexto del discurso social que los sustenta. De esta forma, este modelo de intervención atiende no sólo los aspectos de la psique, sino el impacto que los discursos sociales, en especial los estigmatizantes, tienen sobre la identidad e imagen de sí mismo de las personas que sufrieron abuso sexual, aunque puede ser ampliado a la intervención clínica por otro tipo de conflictos.

## **Hipótesis**

El dispositivo grupal favorece el proceso terapéutico –de re-significación de las experiencias, mejora de la imagen de sí mismo y construcción de identidades positivas, y creación de historias alternativas– mediante prácticas narrativas con adultos que fueron abusados sexualmente en la infancia.

## **Marco teórico**

### **A. Revisión de la literatura**

Desde mediados del siglo xx se han desarrollado psicoterapias grupales sobre diversos tópicos con enfoques que van desde el psicoanálisis hasta el psicodrama, atravesando por las terapias humanistas y gestálticas; desde el enfoque narrativo se han llevado a cabo prácticas narrativas colectivas en poblaciones grandes que han sufrido desastres naturales.

Existen múltiples artículos científicos y libros que abordan tanto la terapia narrativa como la psicoterapia grupal y la grupoterapia (Batres, 1998; Durrant y White, 1993; González, 1999; entre otros), aunque no existen trabajos que sistematicen e integren ambas formas

terapéuticas bajo un mismo enfoque, menos aún, para la atención de personas que han sufrido abuso sexual, es decir, no hay en la literatura un trabajo que presente esta hibridación.

Hay también amplios estudios sobre las consecuencias a largo plazo del ASI, la mayoría desde el punto de vista psicopatológico (Arruabarrena y De Paul, 1999; Calvi, 2005; Cantón y Justicia, 2008; Echeburúa y De Corral, 2006; Habigzang, 2009; Intebi, 2000; entre otros), por lo que su abordaje desde una perspectiva socio construccionista está limitado a los trabajos desarrollados por autores adscritos al enfoque epistémico del construccionismo social, particularmente bajo el Modelo de la Terapia Narrativa.

Dada la cantidad de información sobre cada uno de estos tópicos resulta virtualmente imposible una investigación exhaustiva, por lo que los textos para trabajar se considerarán en función de su representatividad para el enfoque terapéutico (en lo referente a la terapia narrativa y la psicoterapia de grupos), su proximidad temporal (textos recientes) y su utilidad para el desarrollo de la propuesta de intervención.

## **B. Marco teórico**

El desarrollo de las prácticas narrativas ocurre en los trabajos posteriores de la terapia familiar sistémica, con un fuerte énfasis en el significado y el lenguaje. La terapia narrativa se planteó a partir del construccionismo social que considera que el lenguaje sirve como modelo para la generación de significado. Las narrativas personales constituyen el material central con el que los terapeutas narrativos realizan su trabajo. Desde este enfoque se plantea que la forma del lenguaje en la que las personas entienden sus vidas es la narrativa.

En tanto construcciones, las representaciones que los individuos tienen sobre sí mismos y sus acciones, se basan en sistemas simbólicos sociales, que les preceden y orientan; así pues, el modelo narrativo considera que son las construcciones sociales las que pueden limitar o ampliar los relatos que los individuos producen sobre sí mismos.

Al pensar en las acciones individuales, es necesario tomar en consideración que los individuos no se encuentran aislados del resto del mundo, por el contrario, sus vidas y acciones se encuentran ligadas a otros, con quienes conviven y comparten no sólo espacios comunes o parentesco, sino con quienes tienen en común además sistemas simbólicos de significados compartidos, por los cuales construyen el mundo en que viven y se lo explican. En este sentido, los individuos viven en un mundo que es real en tanto construido en la interacción con otros semejantes a ellos, esto es, viven en el mundo de la vida cotidiana.

El mecanismo esencial por el cual los sujetos son capaces de interiorizar y compartir estas representaciones simbólicas sobre el mundo de la vida es, sin lugar a dudas, la comunicación, la cual media todos los procesos de interacción y aprendizaje de las construcciones sociales que permiten que el individuo sea capaz de llevar a cabo acciones, pero también de significar su vida, de identificarse y de ser en sí. Cada situación se define de acuerdo con el bagaje simbólico que se posee y proyecta en una situación dada; la comunicación, como interacción simbólica es el medio por el cual se realiza la socialización humana que acompaña la vida del individuo en tanto ser social. La comunicación es el medio por el cual los individuos se constituyen como grupo y por ende como sociedad, pues permite la construcción intersubjetiva de la realidad, la cual es producto de los mundos compartidos intersubjetivamente (Berger y Luckmann, 1997).

El lenguaje es considerado, por excelencia, como el mejor medio de comunicación, pues aunque no es el único, es capaz de transmitir significados y reproducir la cultura por sus cualidades objetuales, sobre cualquier aspecto de la vida cotidiana y que los individuos socialicen significados, que se legitimen e institucionalicen (Berger y Luckmann, 1997). El modelo dinámico de comunicación, considera que este es un proceso de realimentación constante, puesto que la comunicación fluye del individuo hacia su entorno, que le devuelve la comunicación a través de otros individuos y más específicamente, de sistemas simbólicos de significados (Berger y Luckmann, 1997) que en la cultura se validan y los significados compartidos. Tal significación construye la realidad intersubjetiva a partir de la interacción, por las prácticas sociales y las representaciones (construcciones de sentido), que la validan y

legitiman, de manera externa al individuo pero interiorizada por él, la experiencia en el mundo de la vida cotidiana es productora de sentido e intérprete del mundo sensible a partir de las construcciones de significado a través de las cuales el individuo organiza y define su vida (Berger y Luckmann, 2006).

En este marco social construccionista del individuo, el principal representante del modelo narrativo, Michael White tomó como referente teórico el modelo dramaturgico de E. Goffman, junto con la perspectiva de M. Foucault, P. Bourdieu y las teorías de género (White y Epston, 1993; White, 2000, 2002a, 2002b).

No sólo en el modelo narrativo se considera que uno de los efectos del abuso es el estigma, en tanto que quien lo padece es o puede ser desacreditable porque es anormal (Goffman, 1963: 15); la pertinencia de la asunción de que el estigma es un elemento a considerar en quienes han sufrido ASI es porque suelen percibirse a sí mismos o ser percibidos como anormales o diferentes, en congruencia con lo que diversos autores consideran el estigma social es uno de los principales aspectos a tratar en las víctimas de agresiones sexuales (Arruabarrena y De Paul, 1999; Calvi, 2005; Echeburúa y De Corral, 2006; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Intebi, 2000; entre otros). Para comprender el estigma, es necesario conocer la perspectiva de Goffman.

La concepción de Goffman (2001) del *self* halla su origen en las ideas de G. H. Mead, sobre todo en lo referente al análisis de la tensión entre el *yo*, el *self* espontáneo y el *mí* (*me*). Para Goffman (2001), como para Mead (1972), el *self* no era algo orgánico, sino externo al sujeto; el *self*, para Goffman, es producto de la interacción. Cuando los individuos interactúan desean presentarse con una concepción del sí mismo que sea La fachada personal consiste en la parte expresiva que las personas esperan que el actor lleve al escenario; está dividida en apariencia y modales, la apariencia se refiere a los estímulos que informan acerca del estatus social del actor, mientras que los modales funcionan como estímulos que advierten sobre el rol de interacción que el individuo espera desempeñar.

Uno de los trabajos más importantes de Goffman fue su obra sobre el estigma (*Stigma*). Goffman establece una diferenciación entre lo que una persona debería ser, su “identidad social virtual”, y lo que esa persona realmente es, su “identidad social real”. Todo aquel que experimenta una distancia muy grande entre ambas identidades está estigmatizado. El estigma es una etiqueta que perturba al individuo, y que califica negativamente sus diferencias frente a quién es y quién debería ser. Un estigma desacreditado es aquel que hace reconocibles las diferencias para la audiencia, en tanto un estigma desacreditable es aquel que aún no es reconocible por la audiencia. El rasgo central que caracteriza la situación vital del individuo estigmatizado está referido a lo que se denomina “aceptación” (Goffman, 2006).

Las personas que tienen un estigma particular tienden a pasar por las mismas experiencias de aprendizaje relativas a su condición y por las mismas modificaciones en la concepción del yo. Una fase del proceso de socialización es aquella en la cual la persona estigmatizada aprende a incorporar el punto de vista de los normales, adquiriendo así las creencias relativas a la identidad propias del resto de la sociedad, y una idea general de lo que significa poseer un estigma particular. Otra fase es aquella en la cual aprende que posee un estigma particular y las consecuencias de poseerlo (Goffman, 2006). El estigma y los esfuerzos por ocultarlo y corregirlo se “fijan” como parte de la identidad personal (Goffman, 2006).

Se puede indicar que la identidad personal y la social dividen espacialmente el mundo del individuo. Es la rutina diaria la que vincula al individuo con sus diversas situaciones sociales. El desacreditado debe manejar la tensión y el desacreditable la información, pero el estigma emplea además una técnica de adaptación, que es el enmascaramiento. Una clase de enmascaramiento implica un esfuerzo por restringir la exhibición de aquellos defectos que más se identifican con el estigma (Goffman, 2006).

Tanto el endogrupo como el exogrupo presentan al individuo estigmatizado una identidad del yo. La situación especial del estigmatizado reside en que por una parte la sociedad le dice que es un miembro del grupo más amplio, lo cual significa que es normal, y por otra que hasta cierto punto es “diferente”. La diferencia en sí deriva de la sociedad, pues una

diferencia adquiere mucha importancia cuando es conceptualizada en forma colectiva por la sociedad como un todo; la sociedad dicta lo que es diferente (Goffman, 2006).

Así pues, los esfuerzos por ocultar/encubrir el estigma limitan la actuación personal y ponen en entredicho la propia identidad. Todos estos elementos afectan no sólo la representación de sí mismo, sino que además pueden afectar sus relaciones interpersonales en tanto *comunican* y *actúan* tales conflictos en su vida cotidiana. El análisis del discurso debe contemplar tanto los elementos manifiestos en el discurso como aquellos elementos que permanecen ocultos, tales como los sentidos semánticos que el otro otorga a las palabras que utiliza, su imagen personal, y los elementos que conforman parte de su presentación como individuo, a fin de poder comprender el contexto del discurso que emplea y cómo este muestra la forma en que configura su propia identidad y experiencias cotidianas (Goffman, 2006).

Desde esta perspectiva, la culpa, la vergüenza y otras imágenes negativas sobre sí mismo derivadas del abuso, tienen que ver con la información y los símbolos de prestigio o desprestigio aprendidos por el individuo en su sociedad de origen, forman parte del estigma, en tanto se consideran como símbolos de desacreditación social, y por tanto que ponen en riesgo la aceptación social para el individuo, por lo que estos sentimientos no son inherentes exclusivamente al individuo, sino que son inherentes a la interacción de este con su entorno social. La terapia narrativa se centra en los aspectos comunicativos, y dentro de ellos, en el relato dominante, intersubjetivamente construido, que limita las experiencias cotidianas del consultante. La terapia narrativa se vuelve un espacio de re-creación de identidades y construcción intersubjetiva de discursos más placenteros, flexibles y adecuadas a las nuevas identidades no estigmatizadas del consultante.

En relación a la concepción del cambio terapéutico en la terapia narrativa se hallan dos líneas principales: 1) el propósito de la terapia lo constituye la generación de una nueva narrativa que logre ser más satisfactoria para los consultantes, que incluya más ámbitos y contenidos de las experiencias, con descripciones más enriquecedoras de las identidades, relaciones, contextos y posibilidades futuras y que a su vez otorgue un sentido protagónico de agencia

personal en su relato vital; y 2) la adscripción a la metáfora del “rito de pasaje”; el entendimiento de la terapia como un rito de pasaje implica reconocerla como parte de un fenómeno presente en las culturas para facilitar las transiciones, en la vida social, de un estado a otro; ello significa que el cambio es visto –desde esta metáfora– como un proceso de transición de un estado de identidad a otro preferido. El enfoque narrativo plantea un abordaje terapéutico de construcción de relatos donde las víctimas no son responsables por los actos violentos, ni deben hacerse cargo de las agresiones; y son los perpetradores quienes se responsabilizan de los actos violentos (Bustamante, Jorquera y Smith, 2010). El enfoque narrativo, busca ayudar a los sobrevivientes de ASI a librarse de los relatos negativos que tienen de sí mismos. La tarea principal es ayudar a que la persona deduzca significados alternativos de sus experiencias de abuso: establecer las condiciones que hagan posible que ellos reinterpreten el abuso. Liberar sus vidas de estas historias personales negativas, ayudarlas a ingresar a otro relato más positivo acerca de quiénes podrían ser como personas, darles la oportunidad de pararse en un territorio diferente de vida.

Las personas comienzan a reinterpretar sus experiencias de vida como explotación, tiranía, tortura y violencia; esta reinterpretación facilita la aparición de expresiones diferentes de las experiencias del abuso, la culpa y autocastigo previo, da lugar ahora a la ira, entendida como pasión por la justicia, da lugar a actos para reparar la injusticia, da lugar al testimonio, expresiones que tienen efectos constructivos y no destructivos sobre sus vidas. Luego se buscan contextos en los cuales los relatos alternativos de sus vidas sean honrados, poderosamente autenticados, pasos que dan las personas para despojar a sus victimarios de la autoridad, pasos dados para recuperar territorio en sus propias vidas, para tener la última palabra en cuanto a su identidad (White, 2002b).

En conclusión, el trabajo narrativo permite un rito de pasaje de víctima a sobreviviente, en donde el protagonista pasa de la identidad de sufrimiento y encarcelamiento del discurso dominante, a uno en que es agente sobre su propia vida, quien dicta su vida y amplía sus alternativas de forma constructiva.

## **Método**

### ○ **Enfoque de investigación**

Se propone una metodológica para intervención psicoterapéutica en individuos que presentan secuelas emocionales por un trauma de abuso sexual en la infancia.

### ○ **Diseño**

La propuesta se desarrolla a partir del reconocimiento de la estigmatización y de que el discurso dominante tiene como efectos en la víctima de ASI (y de otras formas de maltrato) secuelas o síntomas tratables a través de la Terapia Narrativa Grupal.

### ○ **Contexto o ambiente**

El contexto considera la intervención son centros de atención psicológica en que se prestan servicios de psicoterapia individual y grupal, así como puede ser llevado a cabo en la práctica privada

### ○ **Población**

La población de trabajo son personas mayores de 25 años de edad, y de hasta 50 años, que fueron sexualmente abusadas durante la infancia (antes de los 15 años de edad) y que tienen secuelas emocionales que les llevaron a solicitar psicoterapia.



## Capítulo 1. Abuso Sexual en la Infancia

El abuso sexual en la infancia es un tema complejo con repercusiones sociales y psicológicas, en el que existen múltiples abordajes, en función de la disciplina y la orientación teórica del autor. Como cualquiera de quienes se aproximen al tema pueden constatar, las definiciones vertidas en trabajos sociológicos, psicológicos y jurídicos del abuso de menores rara vez están vinculadas entre sí, ello obedece tanto a los objetivos de las disciplinas como a la necesidad de insertar el abuso en el texto según categorías técnicas que permitan su análisis desde un punto de vista disciplinar, principalmente académico, legal o, en el caso de la psicología, también clínico. Pueden guardar ideas en común, como la asimetría de poder, pero el añadir o eliminar palabras a la definición evidentemente transforma la forma de abordar el fenómeno.

El abuso sexual infantil es un fenómeno complejo porque en él no sólo participan el agresor y la víctima, sino que ambos se hallan en un contexto social (familia, espacio físico, escuela, recursos y reglas de interacción institucional) que fijan las modalidades relacionales entre ambos; en dicho contexto intervienen elementos simbólicos y normativos que se concretan en el ejercicio de la autoridad y algunas veces, en el abuso de autoridad. En el abuso confluyen diversas esferas de la vida social y psíquica, por ende, al intentar comprender el abuso es indispensable mantener una perspectiva amplia que contemple el contexto y los discursos en torno a este hecho.

Pese a la gran cantidad de esfuerzos teóricos realizados para su análisis y explicación, este es un tema que no se agota y del cual continúan surgiendo perspectivas teóricas; los textos aquí presentados, así como los modelos de intervención no son modelos acabados, y no existen verdades “absolutas” en esta materia, por lo que pueden aún surgir nuevos enfoques que permitan enriquecer el entendimiento de este fenómeno, cada vez más visibilizado en las sociedades occidentales contemporáneas.

No es el objeto de esta investigación realizar un análisis profundo de los aspectos jurídicos del abuso sexual infantil ni de la multiplicidad de teorías que existen al respecto, en tanto su complejidad implicaría un trabajo más vasto de lo que el tiempo me permite. Cabe puntualizar que, si bien existen efectos del abuso abordados en la literatura psicológica y psiquiátrica,

estos no se presentan siempre ni de la misma forma ni en igual magnitud, como todo psicólogo que trabaje en clínica sabe, cada caso es único, y dadas las contingencias que a cada caso le son particulares, no puede haber recetas ni descripciones omniabarcativas, pese a los esfuerzos que en pos de ellas se hagan.

Por otra parte, y a modo de aclaración, es necesario decir que el modelo narrativo evita el establecimiento de síntomas y patologías, por lo que a primera vista puede resultar confuso que en este capítulo se aborden precisamente la sintomatología y los discursos acerca de los efectos patológicos del abuso sexual en la infancia; se excluyen en el abordaje de la Terapia Narrativa Grupal, no así los síntomas que, a diferencia de los signos, son subjetivos, lo cual quiere decir que en lo referente a los efectos del abuso no sólo participan las comunidades científicas, sino también quienes sufrieron el abuso, en la construcción del discurso. Además, como señalan Gergen y Warhus (2001) para el construccionista no es plausible una “comprensión más exacta y objetiva”, todo conocimiento es una construcción, que está inmersa en la cultura; consecuentemente, la terapia eficaz –nos dicen– requiere discursos múltiples, incluyendo el cultural, pues “cada inteligibilidad nueva enriquece el rango y la flexibilidad de la interacción”. Ello no implica el abandono de la teoría ni demerita las teorías precedentes, ni mucho menos dejar de cuestionar los resultados terapéuticos. De acuerdo con esto, es necesario contemplar el que los discursos científicos, contruidos junto con las víctimas, no sólo forman parte de las teorías, sino que permean a la cultura a través de su divulgación, adicionalmente de tener un importante sustento en las propias expresiones de quienes padecen los efectos del abuso, y por tanto resultaría contradictorio sesgar este conocimiento sólo porque no es un “discurso favorito” para el modelo

Así pues, en atención tanto a las teorías como a la multiplicidad discursiva, en este capítulo se presentan la perspectiva jurídica, la epidemiológica y los aportes de la psicología sobre este hecho social. Ello no sólo permite mayor inteligibilidad sobre el abuso sexual y sus efectos, sino también que los terapeutas analicen sus propias ideas, valores y creencias, que pongan en perspectiva sus conocimientos adquiridos durante la formación profesional y comprendan el alcance que estos eventos traumáticos tienen en la vida de los consultantes, de modo que

puedan poner todos sus conocimientos (teóricos, culturales, clínicos) al servicio de quienes se acercan a solicitar la terapia.

## **1.1 DEFINICIÓN**

El abuso sexual es un fenómeno definido en la ciencia moderna, pues antes se castigaba la violación (pero no se estudiaba científicamente ni en las ciencias sociales, de la conducta debido a que fue hasta épocas recientes que comenzó la visibilización de las prácticas sexuales abusivas. Echeburúa y Guerricaechevarría (2000: 11), quienes señalan que existen, además, falsas creencias en torno al abuso, debido a la falta de información adecuada, la ocultación de este tipo de situaciones y el estigma social generado; las falsas creencias hacen referencia tanto a la frecuencia de este tipo de situaciones como a las características del agresor, de las víctimas o de las familias en que se producen.

La cópula es, al parecer, la culminación del abuso, jurídicamente se considera violación la introducción del pene u otros objetos en las cavidades oral, anal o vaginal, pero en una perspectiva sistémica, tanto las agresiones sexuales verbales como las físicas (con o sin penetración) se consideran como parte del contexto abusivo (Perrone y Nannini, 2000, Barudy, 1998; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Echeburúa y De Corral, 2006; Ravazzola, 1997). “Los datos reflejan, en innumerables casos, que el abuso es parte de un proceso preparatorio para llegar a la cópula” (Montenegro, 2012: 90). Por ello, la separación del abuso como no penetración y la violación resulta una distinción arbitraria, que parece sólo obedecer al “positivismo jurídico” (Muñoz, 2013), y que no refleja la complejidad del fenómeno en sus dimensiones psicológicas y culturales.

En la mayoría de las definiciones de abuso sexual se establecen dos criterios para hablar de abuso (Valdebenito y Larraín, 2007; Cantón y Cortés, 2000): 1) Coerción, entendida como la presión ejercida por una persona con poder (abusador) hacia otra con menor poder (víctima) para forzar su voluntad y su conducta; en este caso el agresor utiliza la coerción para interactuar sexualmente con el menor y, 2) Asimetría o significativa diferencia de edad entre el agresor y la víctima, dado que esta asimetría determina otros tipos, como la asimetría anatómica, en el desarrollo y la especificación del deseo sexual (que no se logra hasta la

adolescencia), asimetría de afectos sexuales, asimetría en las habilidades sociales y en la experiencia sexual. Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) afirman que ni todos los abusos son iguales ni afectan de la misma manera a la integridad psicológica de la víctima; el abuso puede ser cometido por personas conocidas, en el caso de los familiares se trata de *incesto* y en el caso de *personas relacionadas* con la víctima puede tratarse de profesores, monitores, entrenadores, etcétera; o bien puede ser cometido por *desconocidos*. Ambos tipos de abuso pueden presentarse dos formas, una es *con contacto físico* y la otra *sin contacto físico*. En todo caso, la agresión sexual “es vivenciada por la víctima como un atentado no contra su sexo sino principalmente contra su integridad física y psicológica” (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000: 3).

En el caso de desconocidos puede considerarse esta violencia como agresión sexual, mientras que en el caso del abuso incestuoso o cometido por personas relacionadas con la víctima a la agresión sexual se agrega la existencia de un contexto abusivo, que establece una dinámica relacional abusiva entre el agresor y la víctima (Barudy, 1998; Perrone y Nannini, 2000; Llanos y Sinclair, 2001); en todo caso, “en el abuso sexual siempre hay una relación de poder entre agresor y víctima, ya sea porque aquél posea una capacidad de seducción o una elevada posición social y laboral” (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000: 25).

La Organización Panamericana de la Salud retoma la concepción de la OMS sobre maltrato y violencia sexual, y lo define:

*“El abuso sexual de menores consiste en la participación de un niño en una actividad sexual que no comprende plenamente, a la que no es capaz de dar un consentimiento, o para la que por su desarrollo no está preparado y no puede expresar su consentimiento, o bien que infringe las leyes o los tabúes sociales. El abuso sexual de menores se produce cuando esta actividad tiene lugar entre un niño y un adulto, o bien entre un niño y otro niño o adolescente que por su edad o desarrollo tiene con él una relación de responsabilidad, confianza o poder. La actividad tiene como finalidad la satisfacción de las necesidades de la otra persona. Puede incluir diversas prácticas sexuales con o sin contacto físico tales como exhibicionismo, tocamientos, manipulación, corrupción, sexo*

*anal, vaginal u oral, prostitución y pornografía*". (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2013:12-13)

Una definición más, provista por la UNICEF:

*"Se entenderá como abuso sexual infantil al involucramiento de un niño, niña o adolescente menor de 15 años en actividades sexuales no acordes a su nivel evolutivo, es decir, al desarrollo emocional, cognitivo o social esperado para la edad (...) El abuso sexual puede ocurrir con o sin contacto físico, mediante conductas que van desde provocaciones verbales hasta violencia con penetración anal, vaginal o bucal".* (Ministerio de salud de Chile y UNICEF, 2011).

El abuso sexual puede clasificarse (De Torres y Espada, 1996, Arruabarrena y De Paul, 1997, en Ortiz, 2006; Herrera, 1997) como:

- Incesto: El contacto físico sexual o la realización del acto sexual que se realiza por parte de un familiar (consanguíneo o "político") del menor.
- Violación: Es el coito no consentido vía vaginal, oral o anal que puede realizarse mediante el pene, los dedos, la lengua o cualquier objeto, llevado a cabo por una persona que se encuentra fuera del ámbito familiar, puede llevarse a cabo dentro o fuera del hogar.
- Vejación sexual: Cuando la estimulación sexual se basa en el tocamiento de las zonas erógenas del menor, o en hacer que éste toque las zonas erógenas del adulto maltratador.
- Abuso sexual sin contacto físico: considera la exposición de los órganos sexuales con el objeto de obtener gratificación o excitación sexual con ello, y la masturbación o realización intencionada del acto sexual en presencia del niño con el objeto de buscar gratificación sexual.

Arruabarrena y De Paul (1999) definieron el abuso sexual como cualquier clase de placer sexual con un niño/a por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad. No es necesario que exista un contacto físico (en forma de penetración o tocamientos) para considerar que existe abuso, sino que puede utilizarse al niño/a como objeto de estimulación sexual. Incluyen el incesto, la violación, la vejación sexual (tocamiento/manoseo a un niño/a

con o sin ropa alentar, forzar o permitir a un niño/a que toque de manera inapropiada a un adulto) y el abuso sexual sin contacto físico como la seducción verbal, solicitud indecente, exposición de órganos sexuales a un niño/a para obtener gratificación sexual, realización del acto sexual en presencia de un menor, masturbación en presencia de un niño/a, pornografía (realización y exposición).

El menor abusado es víctima no solo de la violencia sexual, pues es frecuente encontrar al mismo tiempo varios tipos diferentes de abuso (como formas de violencia) junto con las agresiones sexuales, pues a menudo el agresor hace uso de la coerción, amenazas y autoridad (Ortiz, 2006), y en ocasiones también agresiones físicas.

La ley sanciona de manera diferenciada el abuso cuando se comete en mayores de 15 años de edad, ello debido a que a esta edad, si bien puede no haber comprensión absoluta del *significado del hecho*, se concibe que la persona es capaz de entender, en términos generales, lo que implica una relación de tipo sexual. Antes de los 15 años de edad, pese a su clasificación como adolescentes, los individuos no han terminado plenamente su desarrollo psicosexual ni los procesos de maduración, y más aún no han especificado su deseo sexual (Valdebenito y Larraín, 2007); por ello, considero como abuso sexual *infantil* todo abuso sexual (siguiendo la definición provista por Arruabarrena y De Paul [1999]) cometido con personas menores de 15 años de edad.

## **1.2 ASPECTOS JURÍDICOS Y EPIDEMIOLOGÍA DEL ABUSO SEXUAL DE INFANTES EN MÉXICO**

El marco normativo en torno al abuso sexual puede parecer, a simple vista, algo sencillo y explícito, sin embargo, una vista más cercana permite apreciar que las distintas leyes de protección a la infancia, y de penalización de los abusos y violencia –de cualquier tipo– resultan ser ambiguos, por cuanto cada una de las normas está sujeta a diferentes interpretaciones, por ejemplo, al hablar del desarrollo “armonioso” o el desarrollo “normal”, pues en estos puntos, no hay referencias explícitas sobre cómo deben entenderse, jurídicamente hablando. Respecto a esto, Montenegro comenta que “el abuso sexual, a través del tiempo ha sido y sigue siendo una figura jurídica que tiende a perderse o minimizarse respecto de otros delitos sexuales; su concepción es vaga y la posibilidad de demostrarlo lo es

aún más” (2012: 396). De modo que en muchas ocasiones corresponde a los peritos psicológicos y a los abogados y jueces la interpretación de las leyes, y por tanto, así también sus efectos. En lo referente a los datos estadísticos, estos son muy diferentes de un estudio a otro, pues dependen fundamentalmente de las definiciones teóricas y la definición de las variables del estudio en cuestión.

#### *A. Marco normativo del abuso sexual en menores de edad.*

En cuanto a los aspectos legales del abuso, es importante destacar que estos no se hallan vinculados con las teorías o modelos desarrollados en psicología o psiquiatría, antes bien, las leyes destacan unas definiciones que pueden llegar a ser ambiguas, pero que buscan abarcar una amplia gama de comportamientos, ajustándose al positivismo jurídico sobre la conceptualización del hecho, más que orientarse hacia sus posibles efectos o la protección del bien jurídico (Muñoz, 2013), que en este caso, y de acuerdo con los acuerdos internacionales, es la integridad del menor; con todo, la propuesta jurídica contempla una perspectiva del abuso sexual y la violación según la cual, a raíz del hecho, puede presentarse en la víctima la secularización traumática, entendida esta como el desarrollo de secuelas que afectan el desarrollo psicológico y la integridad física, con efectos extendidos en el largo plazo.

Muchas formas posibles de agresión sexual no están incluidas en el marco jurídico, y no son consideradas, por lo tanto, como delito (por ejemplo, comentarios sexuales hacia menores), por lo que debe mantenerse en mente que la definición jurídica sobre lo legal/ilegal comprende sólo algunas expresiones de las distintas formas de violencia sexual, y que las distinciones que se establecen obedecen a la necesidad de dar un marco para la interpretación de la ley para la ulterior sanción impuesta por las instituciones judiciales,

*“... el delito es resultado de la definición social en un contexto que incorpora la referencia jurídica, filosófica y moral, para evaluar lo preferible y deseable o indeseable de las conductas respecto a intereses y proyectos (...) El discurso jurídico distingue la conducta lícita, ilícita (ilegal no tipificada como delito) y la delictiva (tipificada)” (Muñoz, 2013: 34)*

Así pues, mientras la filosofía política plantea que el fin de la ley consiste en proteger al débil del abuso del poderoso (Ferrajoli, 1994, en Muñoz, 2013), la dogmática jurídica se apega a la letra de la ley, el derecho positivo dicta ley como norma jurídica legítima, obligatoria e igual para todos, pero el enunciado no puede abarcar todas las prácticas sociales en su tipificación, por lo que las leyes, tal como son enunciadas, sólo comprenden algunas formas (típicas) de las distintas conductas ilícitas presentes en la vida social.

### **Ámbito internacional**

Entre los antecedentes jurídicos a la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, destaca la *Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica”*, adoptada el 22 de noviembre de 1969 en San José de Costa Rica, reconoce los derechos a proteger por los Estados-parte. En México, el Senado de la República aprobó la Convención el 18 de diciembre de 1980 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de enero de 1981 y fue ratificada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de mayo de 1981. Es de relevancia que en el reconocimiento a la dignidad e integridad de la persona esta Convención reconoce a todo individuo, con independencia de su edad; es decir, son reconocidos los derechos de los niños, aunque de manera implícita. Así, en los Deberes de los Estados y Derechos Protegidos, artículo 5, inciso 1, se establece que

“1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral”.

Y para preservar esa integridad limita la libertad de pensamiento y expresión, en el Artículo 13, de la *Libertad de Pensamiento y de Expresión*, entre otras, mediante censura, a fin de proteger a la infancia y la adolescencia.

#### ➤ *Convención sobre los Derechos del Niño*

Los derechos de los niños y su protección contra abusos diversos es un avance reciente de la legislación internacional y nacional. Lo anterior, debido a que la niñez y la adolescencia son constructos desarrollados en la modernidad; al no existir los conceptos de infancia y de adolescencia o al considerárseles como seres incompletos fueron considerados como carentes



de derechos. Fue a partir de la Convención Internacional de los Derechos del Niño cuando se les consideró como sujetos de derechos privilegiados. Los niños y adolescentes fueron excluidos de la protección jurídica, la cual se daba a través de los padres o tutores y considerando los derechos humanos como típicamente de los adultos. El principio rector es el de *interés superior*, que consiste, según lo contenido en la *Convención Internacional sobre los Derechos del Niño*, artículo 3 numeral 1, ha de persistir

*“En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”.*  
(Antonio, 2005)

Este principio se orienta a garantizar el sano desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, al tiempo que reduce la discrecionalidad de los adultos encomendados de tomar decisiones que afecten a ese sector.

Otros principios son, la integralidad de su protección, la corresponsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado en su protección, el derecho a la identidad, el derecho a la intimidad y el derecho a la sexualidad<sup>1</sup>.

*“El derecho a la sexualidad en los niños consiste en la garantía del derecho de igualdad de condiciones en la sexualidad. Se explica en el derecho a contar con: condiciones aptas para el desarrollo normal de su sexualidad; a explorar su sexualidad solamente con pares<sup>34</sup>, no con personas que puedan ejercer un poder sobre él, un condicionamiento, sino solamente en interacciones sociales equilibradas. De esta manera, lo que lo que se protege con el derecho a la sexualidad en los niños es la posibilidad de desarrollar una sexualidad “armoniosa” (...) En segundo lugar, se trata de la no intervención arbitraria en el desarrollo sexual de los niños. Esto es: abstención de todo comportamiento que*

---

<sup>1</sup> Antonio (2005: 71-72), afirma: *“El derecho a la identidad supone un conjunto de atributos, de calidades, tanto de carácter biológico, como los referidos a la personalidad que permiten precisamente la individualización de un sujeto en sociedad. Estos atributos posibilitan que cada uno sea el que es y no otro. El derecho a la identidad, en cuanto determina al ser como una individualidad, comporta un significado de dignidad humana y en esa medida es un derecho a la Libertad; tal reconocimiento permite la posibilidad de desarrollar su vida, de obtener su realización, es decir, el libre desarrollo de su personalidad”.*

*agreda el desarrollo de la sexualidad, en especial, la posibilidad de realizarlo con pares en relaciones libres de dominio; y en la no represión de la sexualidad a través de prohibición, castigo, etc. y en garantizarles también la posibilidad que escojan sus preferencias en el momento de interactuar, sin sesgárseles ésta desde la posición que el adulto, observador, haga de sus actos, pues desde su objetividad pueden ser indeseables y descalificadoras, pero desde la óptica del niño, niña o adolescente, son experiencias enriquecedoras que ayudaran al desarrollo de su tendencia y definición sexual".* (Antonio, 2005)

Cabe señalar que este derecho a la sexualidad en los niños no fue reconocida en la recién aprobada *Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*, la cual omitió la protección de los niños y adolescentes en cuanto a "la obligación de los medios de comunicación de obtener permiso para la *difusión de imágenes y datos personales de los menores*, y *eliminó los derechos sexuales y reproductivos, con el argumento de que éstos no se encuentran en la Constitución"* (Garduño y Méndez, 2014).

La *Convención sobre los Derechos del Niño* fue acordada por las Naciones Unidas y una vez que se llegó a un acuerdo se convirtió en la Convención sobre los Derechos del Niño<sup>2</sup> (UNICEF, s/f). La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó por unanimidad el texto de la Convención sobre los Derechos del Niño el 20 de noviembre de 1989 y logró ser jurídicamente vinculante desde septiembre de 1990, tras su ratificación por 20 Estados. La Convención reconoce en los niños individuos plenos de derechos y no la simple posesión de sus progenitores.

*"... no posesión de sus progenitores ni del estado, ni tampoco son personas en proceso de formación; tienen la misma categoría como miembros del género humano".* (UNICEF s/f).

---

<sup>2</sup> UNICEF. *Muchos países ratificaron la Convención poco después de su aprobación y otros la han ratificado o se han adherido a ella posteriormente, hasta convertirla en el tratado de derechos humanos más ratificado de la historia. Casi todos los Estados forman parte del tratado ahora".* En [http://www.unicef.org/spanish/crc/index\\_30197.html](http://www.unicef.org/spanish/crc/index_30197.html)

Con la asunción de los niños como sujetos de derechos y no objetos de abusos frena los tratos que menoscaban su dignidad así como su explotación; mediante la aprobación de “Protocolos facultativos de la Convención que refuerzan la protección de la infancia contra su participación en los conflictos armados y la explotación sexual”. (UNICEF, s/f, protocolos)

*“El Protocolo facultativo sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de los niños en la pornografía llama especialmente la atención hacia la criminalización de estas graves violaciones de los derechos de la infancia y hace hincapié en la importancia que tiene fomentar una mayor concienciación pública y cooperación internacional en las actividades para combatirlas”. (UNICEF, s/f, protocolos).*

Específicamente, el Artículo 19, establece que los Estados Partes adoptarán medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño de toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, negligencia y malos tratos o explotación incluido el abuso sexual, y que esas medidas de protección deberían comprender procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar a asistencia necesaria al niño y sus cuidadores, así como para otras formas de prevención, identificación y tratamiento a los casos de malos tratos al niño. Asimismo, mediante el Artículo 34, se prohíbe la explotación y cualquier forma de abuso sexual; el Artículo 35 se refiere a la adopción de medidas nacionales e internacionales para prevenir la explotación y la trata de menores, y el Artículo 36 para evitar cualquier forma de explotación que perjudique el bienestar del niño.

➤ *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar La Violencia Contra La Mujer*

De acuerdo con lo establecido en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar La Violencia Contra La Mujer "Convención De Belém Do Pará" (1994) sobre la protección de las mujeres para erradicar todas las formas de violencia en su contra<sup>3</sup>. La relevancia de esta Convención en la protección de los niños, niñas y adolescentes, radica, al

---

<sup>3</sup> Adoptada en Belém do Pará, Brasil, el 9 de junio de 1994.

menos, en que se prohíben conductas abusivas en materia sexual y compromete a los Estados a desarrollar actividades conducentes a la erradicación de la violencia.

Si bien esta ley no protege los derechos de los varones niños y adolescentes, al menos sí protege los derechos de las niñas.

## **Ámbito nacional**

### ➤ *Ley de protección de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes*

En el 2000, que correspondió al gobierno del presidente Ernesto Zedillo Ponce de León fue promulgada la “Ley de Protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes”, la cual continúa vigente y cuya última actualización fue la reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de abril de 2014. Dicha ley contempla en el capítulo primero, en su artículo segundo que para los fines de la ley son niños y niñas las personas de hasta 12 años incumplidos y adolescentes los que tienen entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos; en su artículo tercero señala como uno de los objetivos de la ley (inciso E) el tener una vida libre de violencia.

El artículo 11 señala como obligaciones de madres, padres y de todas las personas que tengan a su cuidado niñas, niños y adolescentes en el inciso B. “Protegerlos contra toda forma de maltrato, prejuicio, daño, agresión, abuso, trata y explotación. Lo anterior implica que la facultad que tienen quienes ejercen la patria potestad o la custodia de niñas, niños y adolescentes no podrán al ejercerla atender contra su integridad física o mental ni actuar en menoscabo de su desarrollo.” (Cámara de Diputados, 2014).

Asimismo, en el Título segundo, capítulo quinto, “Del derecho a ser Protegido en su integridad, en su libertad, y contra el maltrato y el abuso sexual”, el Artículo 21, a la letra “Niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a ser protegidos contra actos u omisiones que puedan afectar su salud física o mental, su normal desarrollo o su derecho a la educación en los términos establecidos en el artículo 3o. constitucional” (Cámara de Diputados, 2014).

De acuerdo con esta ley, entonces, se considera abuso sexual infantil (de niños y niñas) todo aquél cometido contra menores de hasta 12 años incumplidos, y abuso sexual de adolescentes el cometido contra menores de 12 años cumplidos y hasta 18 años incumplidos. Aunque dicha ley no señala qué se considera como abuso sexual, contempla que es responsabilidad de padres, tutores, custodios (e incluso de la comunidad en general) el proteger a las menores de la violencia.

➤ *Código Penal Federal*

El Código Penal Federal contempla de manera diferenciada el abuso sexual y la violación, debido principalmente a que, por su carácter jurídico positivista, debe establecer las categorías distintivas de la comisión del delito para su seguimiento y penalización. En el Código Penal Federal se reconocen los delitos relacionados con el abuso sexual a menores y las sanciones a quien incurra en ellos. Como señala Montenegro (2012) las conductas tipificadas jurídicamente tienen en común que: 1) se establece una relación asimétrica donde una persona ejerce dominio sobre un menor; 2) el que ejerce dominio frecuentemente es un conocido que tiene ascendencia sobre el menor; y, 3) la violencia utiliza como medio la sexualidad. Por otra parte, un aspecto no contemplado por la legislación, es que el momento de la comisión del acto –ya sean tocamientos, exhibicionismo o violación– no necesariamente coincide con el inicio de la victimización, que puede comenzar mucho antes, especialmente en el caso de incesto.

Así, el artículo 85 señala que no se concede libertad preparatoria a quienes entre otros delitos incurran en corrupción de menores de edad o de personas que no tienen capacidad para comprender el significado del hecho o de personas que no tienen capacidad para resistirlo (artículo 202); turismo sexual (artículo 203 y 203 bis); lenocinio (artículo 204); pederastia (artículo 209 Bis); violación (artículos 265, 266 y 266 bis); tráfico de menores (artículo 366 Ter); y trata de personas (Título Segundo de la Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos).

En junio de 2012, durante el mandato presidencial de Felipe de Jesús Calderón Hinojosa, se publicó en el *Diario oficial de la federación* el decreto mediante el cual se reformaron y adicionaron diversas disposiciones al Código Penal Federal (SEGOB, 2012). Dicha reforma, establece modificaciones en el Libro Segundo, título decimoquinto (sobre los Delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual, que reforma a la publicada en el DOF en enero de 1991):

En los delitos contra el *Libre Desarrollo de la Personalidad* se incluyen:

El comercio, distribución, exposición, venta o circulación a menores de 18 años, de “*libros, escritos, grabaciones, filmes, fotografías, anuncios impresos, imágenes u objetos, de carácter pornográfico, reales o simulados, sea de manera física, o a través de cualquier medio*” /artículo 200).

El delito de corrupción consiste en inducir, facilitar o procurar a una o varias personas menores de 18 años la comisión de delitos, consumo de alcohol, fármacos o narcóticos, mendicidad, asociación delictuosa y realizar actos de exhibicionismo corporal o sexuales – simulados o no– con fin lascivo o sexual.

En este punto conviene señalar que mientras el Código Penal Federal distingue entre el abuso sexual y la violación, para la OMS (OMS, 2006, maltrato infantil) ambas están contempladas bajo la denominación de “violencia sexual”. Si bien la tipificación de la OMS es tan amplia que abarca muchas formas de violencia, la del CPF adolece de separar la violación del contexto abusivo, es decir, la violación difícilmente surge y se presenta de la nada (aunque puede darse el caso), sino que generalmente se presenta como la culminación de una relación abusiva construida en el ámbito relacional con anterioridad. En este mismo sentido, ambas tipificaciones son diferentes también en lo que consideran como menor e infante, mientras en la OMS se considera abuso infantil cualquier violencia sexual contra menores de 18 años, el Código Penal Federal considera como abuso infantil aquél cometido contra menores de 12 años “sin intenciones de cópula”, *como si* fuera posible conocer las intenciones a mediano, corto y largo plazo y *como si* la infancia terminara a los 12 años cumplidos, irrumpiendo la adolescencia no como un proceso continuo y accidentado, sino como un cambio tajante y

repentino y determinante de la modificación de la madurez en todos y cada uno de los individuos. Como señala Montenegro (2012: 68) la OMS "... no define en particular el abuso sexual, sino que da significado al concepto de violencia sexual como un concepto genérico", lo cual incluye, para la OPS (2013) conductas directas e indirectas contra un menor de edad por medio de coerción, engaño, chantaje y manipulación.

Otro aspecto importante a destacar es que, pese a que algunos autores señalan que en muchas ocasiones el abuso lo cometen agresores adolescentes (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Echeburúa y De Corral, 2006; Calvi, 2005), el Código Penal no señala a los agresores adolescentes, esto es así porque las mismas leyes de protección a la infancia y la adolescencia obligan a proteger los derechos del adolescente y a no victimizarlo, por lo que los agresores menores de 18 y mayores de 14 años de edad, aunque sigan un proceso penal, son atendidos psicológicamente, no penalizados judicialmente.

## **B. Epidemiología**

Resulta difícil encontrar datos epidemiológicos sobre abuso sexual infantil, principalmente por las diferencias en su definición, y también porque las estadísticas pueden no reflejar las cifras "reales", por cuanto no todos los abusos son denunciados y muchos de ellos se mantienen en secreto, especialmente aquellos que ocurren en el ámbito intrafamiliar. Como señala Montenegro (2012) "Ni a nivel mundial ni a nivel local hay indicadores específicos del abuso sexual", antes bien, este se inserta, generalmente, en estadísticas sobre violencia, las cuales, además, no se producen a nivel nacional (como los censos) sino como encuestas muestrales. Los cálculos citados por Montenegro (2012) señalan una posible tasa de prevalencia en México según la cual una de cada tres mujeres y uno de cada seis hombres han experimentado abuso a temprana edad.

En 2002, la OMS estimó que 150 millones de niñas y 73 millones de niños menores de 18 años experimentaron relaciones sexuales forzadas y otras formas de violencia sexual con contacto físico (Naciones Unidas, 2002); asimismo, en 2010 además de sostener estos datos, señaló que más del 20 por ciento de las personas adultas han sufrido algún tipo de ASI (Secretaría de

Salud, 2010). Por otra parte, para el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) “... 228 chicos por hora son víctimas de abuso y se estima que la cifra es parcial debido a que la mayoría de las víctimas nunca llega a presentar una denuncia por llegar a tener miedo o vergüenza” (Secretaría de Salud, 2010: 1)

El estudio sobre la violencia sexual ejercida en contra de menores de 18 años es un tema que durante años fue ignorado y que en los años recientes ha sido reconocido y parcialmente abordado; lo anterior, porque son temas sobre los cuales las familias suelen guardar silencio, en caso de reconocer que hubo abuso sexual en contra de algún menor; al respecto. López afirma: “como la mayor parte de los casos no son denunciados en el momento en que suceden y el valor de los métodos de investigación es limitado, es muy difícil saber su verdadera frecuencia” (Casado, Díaz y Martínez, 1997). Adicionalmente, cabe resaltar el hecho de que diversas personas asisten a terapia psicológica ya cuando son adultos, por sus recuerdos, de modo que los hechos de violencia contra los menores no se corresponden necesariamente con la denuncia ante el agente del Ministerio Público o la Policía.

En México no existen estadísticas sobre victimización de menores víctimas de abuso sexual en sus diversas modalidades, sobre los agresores y sus características ni de cuántas averiguaciones previas se han iniciado por entidad federativa y a nivel nacional, cuántas personas han sido sujetas a procesos penales relacionados ni de los resultados de las sentencias. De acuerdo con un artículo publicado en prensa

*“Expertos en el tema consideran «una grave omisión» el hecho de que los casos de violación a niños y niñas en México no quedan concentrados en un reporte nacional, y (...) que no exista un diagnóstico general (...) [sobre delitos de abuso sexual en contra de menores, entre ellos la violación] no existen ni en la Procuraduría General de la República (PGR) ni en la Secretaría de Salud, tampoco en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) o en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)”. (Hernández, 2014).*

Lo anterior significa además, que se desconoce cuál es la efectividad ministerial para investigar y perseguir esos delitos y en consecuencia, no se cuenta con información que lleve



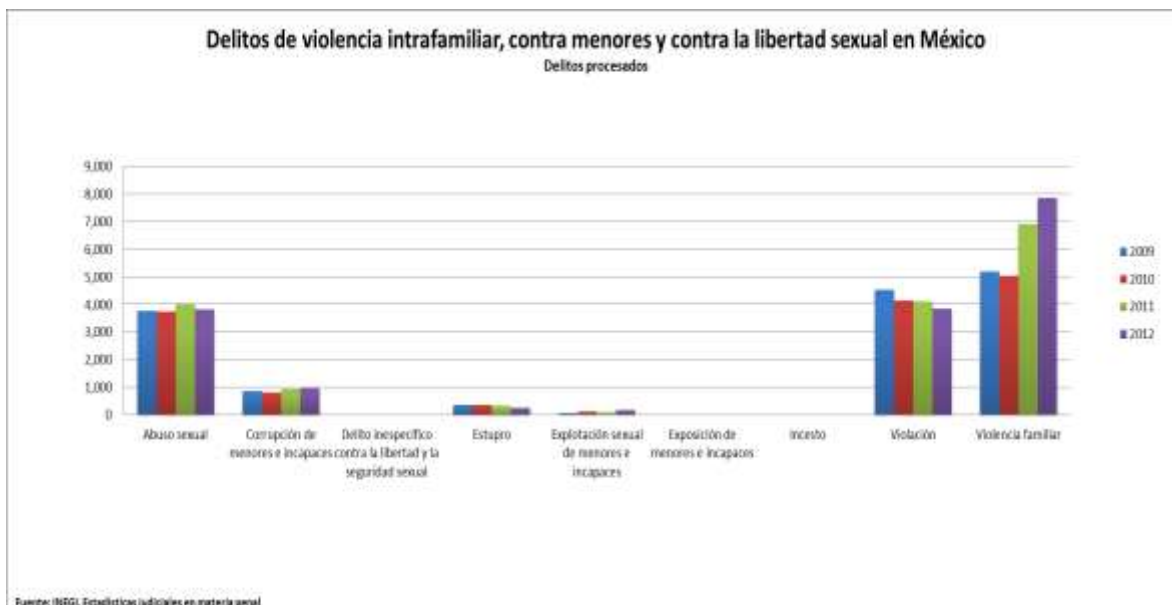
a formular políticas públicas orientadas a reducir la impunidad de los ilícitos que se cometen en agravio de los niños, niñas y menores de edad. Las estadísticas disponibles sólo aluden a los procesos penales, y no incluyen las estimaciones de los delitos cometidos propiamente contra niños, niñas y adolescentes, pues aunque delitos como el abuso se cometen típicamente en niños, también se contempla en el caso de personas que “no pueden comprender el hecho”, entre las cuales pueden hallarse mayores de edad; sucede lo mismo en el caso de la violación, pues las cifras no incluyen la edad de la víctima. El INEGI<sup>4</sup> reportó, en lo referido a delitos que contra la sexualidad o el libre desarrollo de la persona, los siguientes datos:

#### DELITOS DE FUERO COMÚN DE LOS PROCESADOS

Año	Abuso sexual	Corrupción de menores e incapaces	Delito inespecífico contra la libertad y la seguridad sexual	Estupro	Explotación sexual de menores e incapaces	Exposición de menores e incapaces	Incesto	Violación	Violencia familiar	Total delito
2009	3,766	870	1	380	88	11	21	4,542	5,189	14,868
2010	3,736	808		372	127	12	14	4,144	5,045	14,258
2011	4,014	946		336	111	7	10	4,109	6,924	16,457
2012	3,822	967		276	180	8	12	3,840	7,864	16,969

Fuente: INEGI, Estadísticas judiciales en materia penal

<sup>4</sup> Por medio de una solicitud de información.



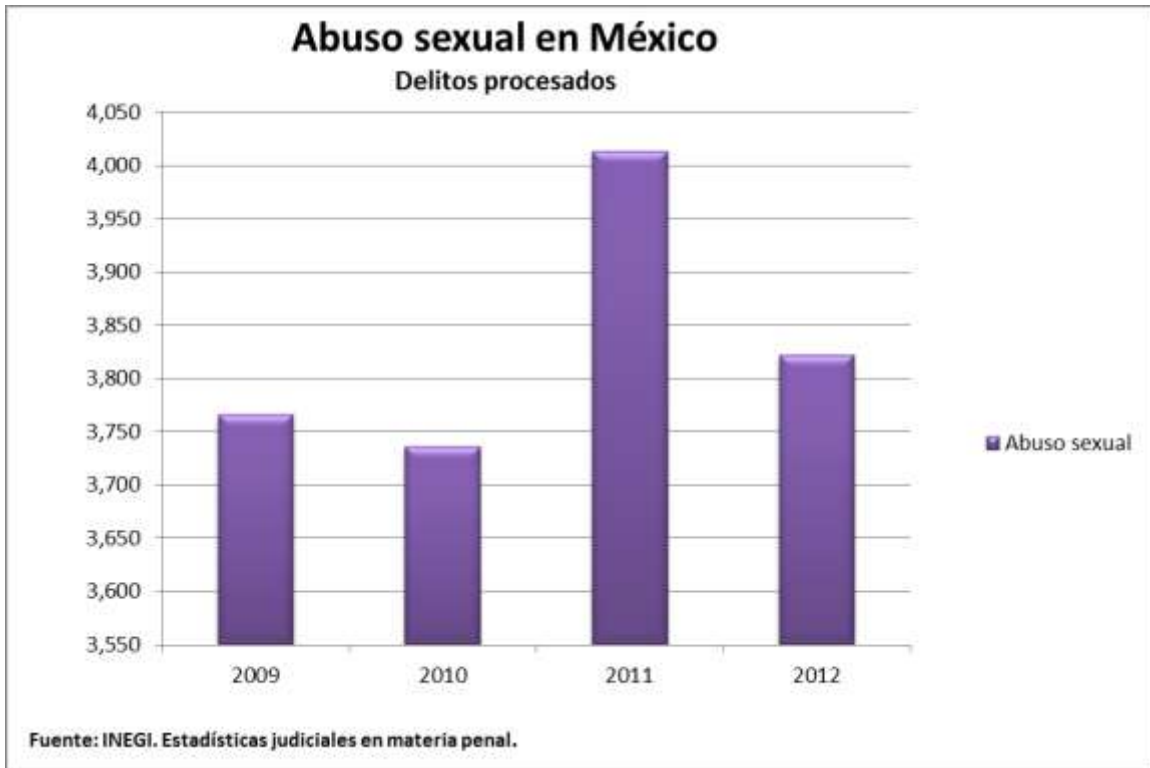
Específicamente, en el caso del abuso sexual, las cifras del INEGI son escasas e inespecíficas, tal como lo muestra la tabla a continuación:

#### DELITOS PROCESADOS POR ABUSO SEXUAL EN MÉXICO

Año	Delito de abuso sexual
2009	3,766
2010	3,736
2011	4,014
2012	3,822

FUENTE: INEGI. Estadísticas Judiciales en Materia Penal<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Solicitud de información.

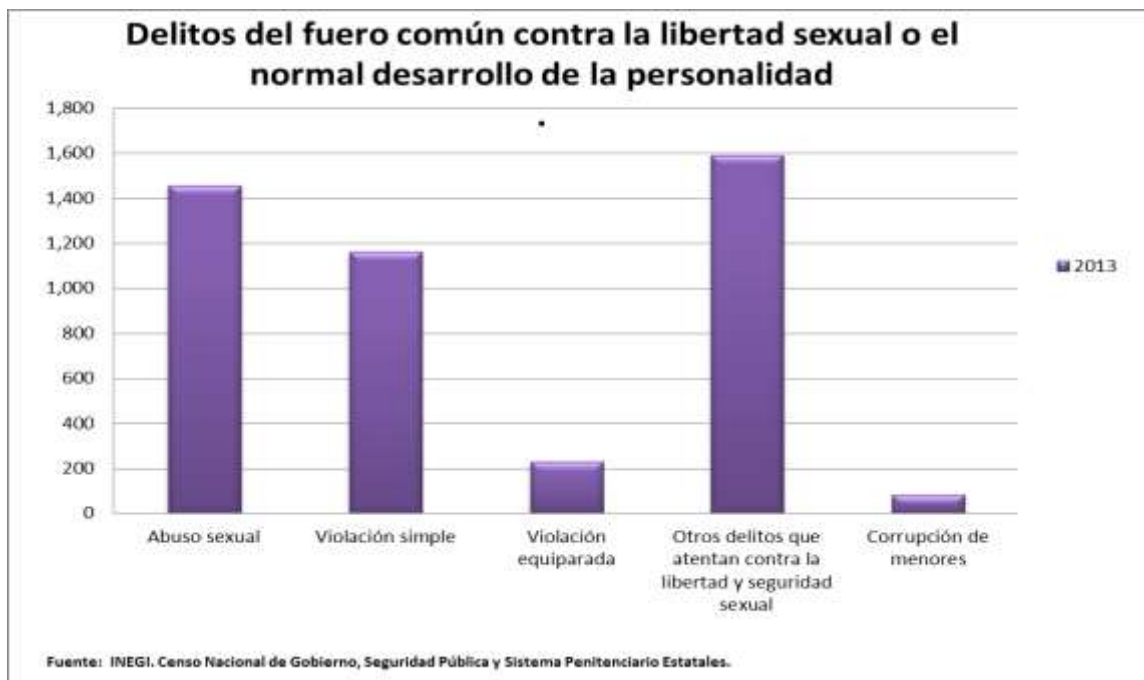


Los últimos datos disponibles del INEGI corresponden a 2013, engloban diversos tipos de delitos que pueden asociarse, aunque no necesariamente, a agresiones sexuales a menores.

**DELITOS DEL FUERO COMÚN CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL O EL LIBRE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.**

	Abuso sexual	Violación simple	Violación equiparada	Otros delitos que atentan contra la libertad y seguridad sexual	Corrupción de menores	Violencia familiar
Estados Unidos Mexicanos	1,457	1,161	229	1,590	82	40,739

FUENTE: INEGI. Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales. Solicitud de información.



En México, señala la Secretaría de Salud, se detectan zonas de tolerancia en las ciudades de Distrito Federal, Tijuana, Puerto Vallarta, Cancún y Acapulco entre otras. Como dato la Fundación para Niños Robados y Desaparecidos A.C., proporciona datos que indican que en cinco años han desaparecido del territorio nacional medio millón de niños y sólo el 20% han sido encontrados por las autoridades, mientras el resto se han perdido en el mundo del secuestro, prostitución y la esclavitud sexual y laboral, existen jóvenes que sirven como anzuelo para secuestrar a niñas y venderlas, la mayoría de ellas son explotadas en cantinas y bares. El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reportó en 2003: 27 301 niños y niñas maltratados; 1 255 de los cuales correspondieron por abuso sexual con una tasa de 4.6%; hubo cinco entidades federativas que sobrepasaron en porcentaje a la media nacional como lo fueron: Quintana Roo con 1400 niños maltratados y 147 casos de A.S.I (10.5%), Jalisco 939 niños maltratados y 85 casos A.S.I (9.1%), Michoacán 203 niños maltratados y 15 casos de A.S.I (7.4%), Sinaloa 2725 niños maltratados y 180 casos de A.S.I. (6.6%), Yucatán 3 573 niños maltratados y 217 casos de A.S.I. (6.1%). Dentro de las actividades ilícitas en contra de los menores de edad citan la utilización de niños, niñas y adolescentes en la pornografía, es decir “la utilización de material visual y audiovisual que muestran a un niño,

niña o adolescente en un contexto sexual, tal como imágenes de menores en conductas sexuales explícitas” (2010: 2-3)

De acuerdo con cifras del INEGI en la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2014 (ENVIPE) existe una cifra negra<sup>6</sup> que representa el 93.8 por ciento de los ilícitos reportados; que representa el 94.1 por ciento con respecto a los denunciados, lo que significa que de cada 100 delitos cometidos sólo se denuncian seis. Las niñas padecen con mayor frecuencia de maltrato infantil en sus diversas variantes, de acuerdo con las cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), como puede apreciarse a continuación:

**VIOLENCIA EN LOS HOGARES  
ÍNDICE DE FEMINEIDAD DE MENORES ATENDIDOS POR MALTRATO INFANTIL, POR ENTIDAD  
FEDERATIVA. (NIÑAS POR CADA 100 NIÑOS). 2001 A 2011**

Estados	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Unidos Mexicanos	96.9	97.0	103.0	103.0	106.3	102.3	99.5	94.6	110.3	100.9	100.8

FUENTE: INEGI, en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=mvio05&s=est&c=22618>

De acuerdo con una investigación realizada por reporteros de *El Universal* que recopilaron de los portales de las procuradurías y fiscalías generales de justicia de los estados y mediante cuestionarios enviados a autoridades de las mismas recopilaron, en 25 de 32 instituciones de procuración de justicia información sobre violación infantil (sin que se precisara bajo qué concepto se registraron en las correspondientes procuradurías y fiscalías generales de justicia. No obstante, como elemento de aproximación a la magnitud del problema relativo al abuso sexual se refieren los resultados recopilados por los reporteros de *El Universal*, a saber:

*“Jalisco contabilizó el mayor número de casos [de violación infantil], con mil 267. Le sigue Chihuahua, con 592 denuncias por violación; Hidalgo, con 518; Tamaulipas, 309, y Sonora, 289. En contraparte, Tlaxcala tiene el menor número, con 11; en Baja California Sur hubo 21, en Morelos 45, en Durango 55 y en Zacatecas 63. Colima, Nuevo León,*

<sup>6</sup> INEGI (2014) la define como sigue: “Se calcula como la razón de los delitos no denunciados más los delitos denunciados sin averiguación previa más aquellos en los cuales no fue especificado si se denunció o si se inició averiguación previa, entre el total de delitos por cien”. SNIEG. Información de Interés Nacional, en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/tabdirecto.aspx?c=33685&s=est>

*Oaxaca y Aguascalientes reportan falla en sus portales de internet y no respondieron. Nayarit, Chiapas y Yucatán alegaron falta de competencia o información inexistente. Durango citó la secrecía de las averiguaciones previas, pero otorgó números gruesos: 55 denuncias. Los estados de Campeche y Puebla también dieron cifra llana: 116 y 183, respectivamente (...) A nivel nacional, por rango de edad, el mayor número de agresiones sexuales se concentra entre los 13 y los 16 años. Respecto a las víctimas más chicas, Coahuila reporta un caso de nueve meses. Veracruz es el estado con más víctimas pequeñas: 17 bebés de un año, que equivale a 9% del total de denunciante (187). Las mujeres siguen siendo las más agredidas. Con base en los estados que sí detallaron el dato de género, 83% corresponde al sexo femenino. En el primer trimestre de este año se registraron 2 mil 216 denuncias en 25 estados. Mientras las autoridades dan seguimiento al proceso, hay al menos 315 consignaciones y 228 detenidos". (Hernández, 2014).*

Con respecto a la violencia sexual en instituciones escolares, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) registró 51 quejas a nivel nacional en 2013<sup>7</sup>. Hernández (2014) señala que la violencia sexual en las instituciones escolares es ejercida por trabajadores de esas instituciones, "los agresores o servidores públicos involucrados en los hechos (...) desempeñaban diferentes cargos en los centros escolares en los que ocurrió el abuso, como profesores, prefectos, personal de intendencia y empleados administrativos"; precisó que la violencia sexual infantil se ejerció, de acuerdo con los casos atendidos, con mayor frecuencia en niñas que en niños; que los agresores son personas cercanas a la víctima, por lo que es poco frecuente el uso de la fuerza para someter a la víctima. Por otra parte, los niños y jóvenes con discapacidad son más propensos a sufrir violencia sexual (UNICEF México, 2011).

Ahora bien, la pornografía infantil se considera jurídicamente un tipo distinto de delito del abuso sexual y la violación de menores; sin embargo, dado que no nos es posible saber si el menor fue sustraído de casa previamente a su explotación sexual, o si su familia de origen participa en ella, es importante considerar también los datos referidos a este rubro. La Fiscalía Especial para los Delitos de Violencia contra las Mujeres y Trata de Personas (FEVIMTRA),

---

<sup>7</sup> Información proporcionada mediante una solicitud de información.

dependiente de la Procuraduría General de la República (2014: 87) informó sobre la apertura de 14 averiguaciones previas por delitos de pornografía infantil; a partir del registro de las averiguaciones previas no es posible conocer el número de victimarios ni de víctimas. Por otra parte, la misma Fiscalía refirió que de 2012 a julio de 2014 registró 93 actos presuntamente constitutivos de pornografía infantil, tal y como se observa en el siguiente cuadro:

#### DELITOS REGISTRADOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Concepto	Datos anuales		Enero-julio 2014
	2012	2013	
Pornografía infantil	32	51	10

FUENTE: FEVIMTRA. *Segundo Informe de Labores. 2013-2014*. PGR, p. 87.

#### ***Factores de riesgo***

Los factores de riesgo implicados comprenden varios niveles desde el punto de vista ecológico, que son el individual, el grupal-comunitario y el social, en los cuales interactúan a su vez distintos elementos. Lo “subjetivo” no responde solamente a lo interno del sujeto, sino que lo interno y lo externo, lo individual y lo social, no son entes puros, por el contrario, su constitución obedece a una mezcla, entre ambos (Sánchez y Cénide, 2007), de modo que la comprensión de los factores de riesgo y protectores debe hacerse desde un marco ecológico, que considere los niveles individual, social, y los puntos de intersección entre ambos.

De manera general, y con base en estudios internacionales precedentes, el Ministerio de Salud de Chile y la UNICEF (2011) señalan:

#### *Factores del niño/niña o adolescente*

- Las niñas poseen entre dos y tres veces mayor riesgo de abuso sexual que los niños. Algunas teorías explican este hecho porque los abusadores sexuales son mayoritariamente hombres heterosexuales. Esta relación podría entenderse también al considerar que existe un sub-reporte del abuso infantil en niños.

- La edad de mayor riesgo corresponde a la adolescencia inicial, especialmente entre los 12 y 13 años, período en el cual, el/la adolescente presenta algún grado de desarrollo de caracteres sexuales físicos. Otros estudios señalan que la edad de mayor riesgo es de los 6 a los 9 años de edad (Ortiz, 2006).
- Otro grupo de riesgo lo constituyen los niños con necesidades especiales, particularmente aquellos con discapacidad intelectual, pues presentan mayor sumisión y dependencia a los cuidadores, mayor confianza a desconocidos, menor discriminación de conductas abusivas y carencia de educación sexual.
- Antecedentes de abuso sexual o maltrato físico previo, desamparo afectivo producido por el rechazo o ausencia de los padres o, bien, todo factor que anule al niño como sujeto de derecho.
- Echeburúa y De Corral (2006:77) señalan que “son también sujetos de alto riesgo los niños que se encuentran carentes de afecto en la familia, que pueden inicialmente sentirse halagados por la atención de la que son objeto, al margen de que este placer con el tiempo acabe produciendo en ellos un profundo sentimiento de culpa”.

### *Factores familiares*

- Las prácticas de crianza que se traducen en desamparo afectivo del niño, tales como padres ausentes, madre con problemas de salud o discapacitada, relaciones conflictivas, uso de castigo físico y violencia intrafamiliar, constituyen factores de riesgo de abuso sexual; hogares monoparentales, así como aquellos con presencia de un padrastro en el hogar, presentan mayor riesgo de abuso.
- Las madres con antecedentes de haber sido abusadas (con presunción de baja autoestima) evidencian menor probabilidad de identificar a posibles abusadores de sus hijos e hijas, convirtiéndose en un factor de riesgo.
- La familia numerosa conviviendo en un espacio reducido (OPS, 2013)



### *Factores socioeconómicos*

La pobreza, promiscuidad, aislamiento social, desprotección emocional, así como toda situación que produzca un ánimo depresivo bajo determinados modelos conceptuales, pueden significar mayor vulnerabilidad. La OPS (2013), considera además como factores de riesgo sociales: leyes de protección al niño inexistentes o incumplidas, disminución del valor de los hijos (discapacidad, sexo), desigualdades sociales, violencia organizada, alta aceptabilidad social de la violencia, normas culturales.

### *Factores de protección*

Los factores protectores son aquellos que pueden disminuir la probabilidad de que ocurra el abuso, y aumentar la capacidad de respuesta frente al abuso.

Deza (2005: 22-23) propone como factores protectores: el conocimiento, las habilidades del niño/a, el entorno familiar y la educación escolar, a saber

Los niños deben tener conocimientos sobre:

- Derechos y responsabilidades
- Límites adecuados en la relación con pares y con adultos, en particular cuando suponen presión, engaño o violencia.
- Reconocer partes del cuerpo e identificar partes íntimas (genitales)
- Reconocer los distintos tipos de caricias por las partes del cuerpo en que se dan (Partes visibles y partes privadas) y sentimientos que provocan (vergüenza, alegría. etc.)
- Normas de seguridad familiar (dirección y teléfono de casa)
- Identificación de personas de confianza dentro y fuera de la familia.
- Diferenciar responsabilidad sobre hechos (reconocimiento de daño evidente) y culpas atribuidas (trasladar idea y responsabilidad de daño).
- Diferenciar entre información que se debe guardar y secretos que no deben ocultarse
- Concepto del abuso sexual e identificación acorde a la edad.

### 1.3 CONTEXTO EN TORNO AL ABUSO SEXUAL DE NIÑOS: PERSPECTIVAS TEÓRICAS SISTÉMICAS Y DE GÉNERO

El abuso sexual de niños es un fenómeno complejo que responde a un modelo “ecológico”, es decir, a un compendio multifactorial que involucra al agresor, a la víctima, a la familia y el entorno social (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). Desde una perspectiva amplia, del sistema social, resulta esencial comprender que el abuso no se presenta de manera aislada como resultado de estructuras psíquicas que le son inherentes al agresor y a la víctima, antes bien, los comportamientos abusivos se presentan en un contexto relacional, en una comunidad particular y en un campo cultural específico, esto es, se insertan en un campo social que les precede ya sea para sancionarlas o para legitimarlas. En el abuso sexual, existen tres niveles que se solapan entre sí, el individual, el de los grupos de pertenencia y el sociocultural.

En la “dimensión sociocultural” del abuso es importante considerar que existen factores relacionados con la familia, la cultura y la sociedad que, al reproducir la desigualdad de poder entre adultos, niños, niñas y adolescentes, favorecen la ocurrencia del abuso sexual infantil. Estos factores además condicionan a que se ponga en duda la veracidad del relato de los niños, niñas y adolescentes cuando develan una situación de abuso, sobre todo cuando el relato de la víctima entra en contradicción con el relato de un adulto que lo niega; a estos factores se suman, además, las cuestiones de género (Ministerio de salud de Chile y UNICEF, 2011).

Existe una violencia ejercida a través del discurso y ciertas prácticas sociales institucionalizadas, que hacen de la infancia un periodo de vida vulnerable, tanto por la visión del niño como *objeto de responsabilidad* exclusiva de los tutores legales como por el ejercicio del poder a través de la violencia, ampliamente difundido en todas las esferas de la vida social, en este sentido

*“La niñez dentro de la escala social, es una de las etapas del desarrollo del ser humano vulnerable a la violación de sus derechos, básicamente por el estado de indefensión para hacerlos valer. Dicha indefensión, según Herrera (1997) es propiciada no por la falta de*

*experiencia, madurez, o inhabilidades conductuales de los menores, sino por las relaciones y confusiones en las inadecuadas aplicaciones conceptuales de términos tales como jerarquía, respeto, obediencia y poder. Debido al establecimiento de jerarquías y manejo del poder inadecuados incurre en el ejercicio de la violencia dirigido a los más vulnerables de la escala social, por lo cual el adulto respecto al menor tiene la ventaja que le da su posición de poder, autoridad o afecto". (Ortiz, 2006: 25).*

El Informe de Violencia y Salud de la OPS (Krug, et. al., 2003) considera que una variedad de factores de la sociedad tienen gran influencia en el bienestar de los niños y las familias, estos factores, desde el punto de vista de la OPS se refieren a factores económicos, de violencia social y marginación o falta de redes sociales comunitarias, el único elemento "cultural" que contempla son los valores y las normas culturales concernientes a las funciones de género, las relaciones entre padres e hijos y la privacidad de la familia. Así pues, no es considerado como factor que amplía la vulnerabilidad de los niños el sistema de ideas (eidos) sobre la niñez y sobre la posición de los infantes frente a los adultos en la jerarquía social. Los niños son educados para obedecer y respetar a los adultos, en consecuencia, la no obediencia a la figura del adulto es percibida como rebeldía, usualmente sancionada afectiva o incluso físicamente (Ortiz, 2006), lo anterior implica que el niño está sometido a la voluntad del adulto, en una jerarquía muy por debajo de él, educados para obedecer sin resistencia. Ello coloca al niño en una posición de indefensión, vulnerable por tanto a distintas formas de violencia; pese a la definición legal distintas prácticas sociales (como el trabajo infantil, la explotación sexual y el abuso) tornan al niño un "objeto" dedicado a satisfacer las necesidades de los adultos, esta *cosificación* del niño conlleva a la vulneración absoluta del respeto a su dignidad (Carmona, 2011).

A partir de la Convención Internacional por los Derechos del Niño se considera que los niños son sujetos de derecho, y que como tales, pueden participar con opiniones sobre temas que les afecten directa o indirectamente (Cabrera, 2011), sin embargo, en aras de alcanzar "el bien superior" del niño, las decisiones las toman los adultos, por lo que la autonomía de los niños es relativa, así como las leyes orientadas a su protección, que dependen de la presencia de las figuras típicas de autoridad frente al niño (padres, tutores, profesores) para intervenir. Esto

realza la asimetría de poder de los niños frente a los adultos, quienes no siempre buscarán su bien superior y, en ocasiones, utilizarán al niño en calidad de objeto, no de sujeto.

Barudy (1998) hace referencia a la cosificación del niño por parte de sus padres, el ser considerado una cosa, un objeto de su propiedad, con el que pueden hacer lo que quieran, sin llegar a considerarlo como un ser humano que merece respeto por parte de los padres, o un ser con diferentes grados de autonomía a medida que va creciendo; esta cosificación realizada por parte de los padres, hay que añadir, no surge por “generación espontánea”, sino que se respalda y valida en las categorías de definición social de conocimiento acerca de la infancia, en el discurso de las instituciones orientadas a la atención al menor, puede observarse que todos los modelos de intervención con respecto al menor se hacen por medio de la familia, a través de los padres o las instituciones escolares, las mismas leyes requieren la presencia tutelar del adulto para atender la demanda del niño, de modo que esta visión del niño como “vulnerable” reivindica a la vez su posición de “inferior” y “dependiente de” el adulto. Cabrera (2011) señala que el concebir al niño o niña como una cosa, un objeto más conlleva el excluirlo de toda decisión cotidiana que le pueda afectar a él mismo,

*“Masson establece la «cosificación» del niño o niña por parte de los padres, justificada por la creencia que los niños son propiedad privada de los padres, y estos, por su edad, no tienen posibilidad alguna de solicitar ayuda, o tener diferentes grados de autonomía. En otras palabras, los niños y niñas ante el adulto, no se consideran como seres humanos, como persona con una autonomía en desarrollo. Barudy aclara que pasa a ser un objeto de propiedad del adulto, padre o madre que emplea su poder ante el niño o niña, y lo usa para satisfacer sus necesidades y deseos, para exigirle una obediencia ciega”. (Cabrera, 2011: 50).*

Así pues, la violencia contra los niños comienza a gestarse desde los procesos de violencia institucional, de desigualdad social y de naturalización de la violencia, pero también a partir de los sistemas de creencias sobre la infancia y los discursos institucionales, que influyen en las creencias familiares y les dan validez y al mismo tiempo se reproducen en el seno de la familia.

## **Perspectivas sistémicas**

Desde la perspectiva sistémica, Serrano (2010: 134) señala que en líneas generales, en los sistemas familiares en que se presenta el abuso, se hallan: elevados niveles de disfunción familiar, donde evidentemente no existen claramente diferenciados los roles de los padres, que se caracterizan ya sea por ser padres autoritarios, sobreprotectores, permisibles o indiferentes, las relaciones son caóticas y rígidas, existiendo una clara dificultad para mantener de manera sostenible los límites, que en otras familias son claramente identificables, no existen canales por donde fluya de manera natural la expresión de emociones a nivel colectivo y a nivel de díadas (pareja, padres a hijos, entre hermanos); son familias con un historial de alcoholismo o drogadicción de por lo menos un miembro de la familia, sino es que se presenta también alguna alteración psíquica en alguno de los padres; los vínculos afectivos existen pero son de características patológicas o enfermizas; la disfuncionalidad puede presentarse a partir de la ausencia de uno de los padres en la vida cotidiana y en la educación directa de los hijos. Estos tipos de sistema familiar pueden presentarse en cualquier estrato socioeconómico.

Este tipo de sistema familiar da lugar a la aparición de la violencia en la comunicación y relación entre los subsistemas familiares. Una forma de violencia, que recurre a los vínculos de lealtad, presente en el sistema familiar consiste en que a aquellos miembros de una familia sobre los que se ejerce violencia, del tipo que esta sea, no se les permite hablar ni de los hechos, ni de sus emociones, ni de sus sentimientos. El silencio que se le impone a una persona maltratada requiere el tejido de una trama compleja de relaciones, mediante las cuales se logre mantener en “secreto” la situación de maltrato o bien mediante una relación de “mistificación”, en la que se exige a los miembros de la familia que sigan viviendo “como si” no pasara nada (Sánchez y Cénide, 2007).

Ravazzola (1997), considera la violencia, especialmente la intrafamiliar, desde el punto de vista del autoritarismo y del género, considerándolos dentro del amplio marco de la violencia social, particularmente en los países latinoamericanos, en que el autoritarismo es una forma de relación social; de esta naturalización del autoritarismo, se desprende un efecto “anestésico” observado en el abuso y la violencia, de modo que pese a su presencia en los

ámbitos sociales, y su identificación por quienes viven en situaciones de abuso, éste es naturalizado al grado que las personas no miran la real dimensión de la violencia, como si hubiera una “anestesia” que impidiera la vivencia real del horror que la agresión y el abuso generan. Para Ravazzola el “abuso” se vincula con la noción de poder, y lo define como un estilo, patrón o modalidad de trato que una persona ejerce sobre otra, sobre sí misma o sobre objetos, con la característica de que la primera no advierte que produce daños que van desde el malestar psíquico hasta las lesiones físicas concretas; quien ejerce abuso no aprende a regular, medir, escuchar y respetar los mensajes de sí mismo y del otro, o se encuentra en contextos en los que estos aprendizajes se borran (Ravazzola, 1997: 28); asimismo, señala que existe una exposición excesiva de violencia en los medios de comunicación de masas, que favorecen tanto la anestesia como la naturalización de la violencia, de modo que la visibilidad se pierde ante la consideración de la agresión y el abuso como naturales. Así pues, cualquier forma de abuso (sexual, física, de sustancias, entre otras) tiene que ver tanto con la vulnerabilidad y el autoritarismo, por un lado, y la anestesia y la naturalización de la violencia por el otro.

Para Perrone y Nannini (2000) “violencia” significa el uso abusivo de la fuerza, el acto de servirse de esta para obligar a alguien a obrar contra su voluntad, y esa fuerza puede aplicarse a través de la acción física, la intimidación o la amenaza, señalan que cuando hay violencia, siempre se apela a la fuerza de manera brutal con el fin de someter o destruir. Definen el acto violento como todo atentado a la integridad física y psíquica del individuo, acompañado por un sentimiento de coerción y de peligro. En la relación complementaria (con poder asimétrico) la violencia adopta la forma de la violencia castigo y se inscribe en el marco de una relación desigual; se manifiesta en forma de castigos, sevicias (tratos crueles), torturas, negligencia o falta de cuidados. De acuerdo con ellos, uno de los actores reivindica su posición superior a la del otro y se arroga el derecho de infligirle sufrimiento a quien se coloca en una clase inferior a la suya, desde su punto de vista, el otro (subhumano, anormal, indigno o diabólico) se merece el castigo y debe recibirlo sin rebelarse: puesto que se trata de una relación de desigualdad, la violencia es unidireccional e íntima; aquel que actúa la violencia se define como existencialmente superior al otro, y éste por lo general lo acepta.

El abuso sexual se concibe inscrito en un contexto relacional con poder asimétrico, es un contexto abusivo no sólo por las agresiones sexuales que se lleven a cabo dentro de él sino porque, independientemente de la “intención” del perpetrador (si tiene o no “intención de cópula”, por ejemplo) éste ejerce un abuso de poder sobre la víctima, que en tanto violencia puede presentarse en forma verbal o en forma física. Además, implica una forma de comunicación que se establece en la relación que impone el agresor a la víctima, la persona que busca abusar de otra deforma la comunicación, la información real la vuelve confusa intentando con ello vulnerar a la víctima (Hirigoyen, 1999, en Montenegro, 2012). El abuso sexual infantil es una de las formas que adopta la violencia sexual, entendida como el establecimiento de relaciones de poder y dominación a través del ejercicio de la sexualidad impositiva (Ortiz, 2006), que puede presentarse bajo la forma de abuso sexual, agresiones verbales de contenido sexual, hostigamiento y violación, que se favorecen por la fuerza, el engaño o chantaje y la carencia de protección social (Herrera, 1997).

Para Perrone y Nannini (2000), la relación de abuso sexual se aproxima a la configuración relacional de la violencia castigo, en ella el sentimiento de vergüenza y culpabilidad de la víctima trastorna el sentido de la responsabilidad; el hecho de que a veces el abuso se produzca sin violencia ni resistencia manifiesta confunde los parámetros con que se define y diferencia al abusador de la víctima. En el caso del abuso sexual, los menores son utilizados para satisfacer las necesidades del perpetrador como objetos usables y desechables (Blume, 1990, Gallagher, 1991; en Serratos, 1995).

El niño puede vivir los gestos y discursos de su abusador como amistosos, afectivos o gratificantes (Barudy, 1998); asimismo,

*“Si partimos de la base que quien comete el abuso sexual es por lo regular un familiar o una persona de confianza para el niño, entonces podremos suponer que el acercamiento del adulto no va a ser generador de miedo, por el contrario puede incluso, llegarle a representar seguridad o un satisfactor afectivo”. (Montenegro, 2012: 88).*

Ello implica que la comprensión y atribución de significado que el niño da al abuso no son compatibles con el significado que tiene para el adulto, y en muchas ocasiones el que el niño

lo hubiera interpretado como un gesto afectivo puede ser reinterpretado por él –más adelante y conforme configura una significación del abuso como agresión sexual– como una “prueba” de que él es el responsable del abuso, ampliando y profundizando así los sentimientos de culpa y vergüenza. Este hecho también puede presentarse cuando el agresor buscó que la experiencia abusiva fuera placentera para el niño, el hecho de haber sentido placer puede alentar la “alienación sacrificial”. (Barudy, 1998).

Muchas veces, estas condiciones impuestas hacen que el niño no luche, o que reciba al agresor con afecto, ello no implica un “consentimiento” en el sentido de *comprender* el significado, sino que el consentimiento es producto “de la forma en que se ha instaurado en el niño el sometimiento ante la autoridad o de la habilidad del abusador para engañar” (Montenegro, 2012: 90). El niño no tiene referentes que le permitan construirse un marco de comprensión del abuso, por lo que la atribución de *significado* que hará el él será siempre a *posteriori*, ello proporciona una pauta tanto para que el abusador introduzca un significado como para que el niño lo adopte de los discursos sociales. Por ello, en muchas ocasiones, la imagen distorsionada de sí mismo se desprende de esta introducción de ideas desviadas por parte del agresor y de los discursos sociales estigmatizantes.

La presencia tanto de la baja autoestima como de los sentimientos de culpa y vergüenza en personas que han vivido abuso sexual infantil ha sido explicada por algunos autores; por una parte, el abuso sexual infantil ocurre en una etapa donde existe mayor vulnerabilidad de desarrollar un autoconcepto negativo, porque la visión de un niño aún está en formación y por el estigma vinculado con el abuso (Feiring *et al*, 1996, en Quintero y Andrade, 2012); por otra, esos sentimientos pueden ser provocados por el agresor, quien acostumbra utilizar recursos intimidatorios para conseguir que el abuso permanezca oculto; la niña (o niño) recibe la versión del agresor antes de haberse formado una opinión propia de sí misma y de lo que le aconteció. Así, ciertas ideas son transmitidas a la niña y esas ideas son las que llevan al desarrollo de la culpa, la vergüenza y el desprecio de sí misma (Kamsler, 2002; en Quintero y Andrade, 2012).

Perrone y Nannini (2000) plantean que en el imaginario de la violencia el lenguaje juega un papel preponderante en el caso del abuso sexual –puesto que en la relación abusiva la



culpabilidad recae sobre la víctima y en modo alguno sobre el abusador, lo cual confunde la capacidad crítica de la víctima– el reparto de responsabilidades implica definir categóricamente a la víctima como “víctima” y al abusador como “abusador”. En toda terapia de casos de abuso sexual hay que redistribuir la culpabilidad y las responsabilidades.

Las experiencias extremas en el caso del abuso sexual son el goce sexual, la manipulación de los lazos afectivos, un discurso culpabilizador, así como la obligación del silencio y el secreto impuestos por el agresor al niño; los comportamientos abusivos producen el cambio de un contexto de cuidados e intercambios familiares hacia uno abusivo sexuado –con la subsecuente alteración de las percepciones y emociones del niño con respecto a su entorno–, lo cual genera una distorsión de la imagen que tiene de sí mismo, del mundo y de sus capacidades afectivas (Barudy, 1998). Así pues, el abuso sexual no sólo implica las conductas sexuales, sino que impone una forma de comunicación y un contexto relacional en que el agresor hace un ejercicio del poder que impone al menor imágenes y significados, es un contexto abusivo en tanto hay un abuso de poder por la asimetría en la relación, que vulnera la integridad del infante y que además lo *cosifica*, desintegrando así su posibilidad de seguir un proceso propio de construcción subjetiva del sí mismo y por tanto de su identidad.

### **Perspectivas de género**

La perspectiva de género asume la violencia social y los patrones relacionales como derivados (generalmente) de las ideas culturales acerca del sexo biológico y la construcción de los roles sociales a partir de él (ideas de género),

*“La cultura es un instrumento poderoso que transmite expectativas y valores asociados a ser hombre o ser mujer. Cada uno de los individuos, según el mandato predominante en la cultura en que esté inserto, debe ajustarse a las pautas de conductas esperables. El ejercicio del rol sexual también se ve afectado por las prescripciones culturales y a través de diversos canales se va adecuando a las exigencias sociales”.* (Ravazzola, 1997: 50).

Esta postura concibe que así como la clase, la raza, la etnia y la edad, el género constituye otra fuente de opresión que determina la posición de las mujeres y los hombres dentro de la

familia y en la sociedad (Batres, 1998). El comportamiento humano se ve moldeado y condicionado por los valores de la cultura a la cual pertenece, la cual reproduce y legitima el individuo a través de sus prácticas, el género «es el conjunto de características psicológicas, sociales y culturales, socialmente asignadas a la persona. Estas características son históricas, se van transformando con el tiempo y, por lo tanto son modificables»; es un elemento constitutivo de las relaciones sociales, es una construcción social que supone un conjunto de acuerdos tácitos o explícitos elaborados por una comunidad determinada en un momento histórico determinado y que incluye a los procesos de enseñanza-aprendizaje”. (Ravazzola, 1997: 51)

Los roles o papeles de género son comportamientos aprendidos en un grupo social determinado, que hacen que sus miembros perciban como masculinas o femeninas ciertas actividades, tareas y responsabilidades y las jerarquicen y valoricen de manera diferenciada, convirtiéndose hasta cierto punto en conductas estereotipadas. Los roles asociados a cada género se vuelven estereotipos en la medida en que definen que ciertas actitudes, conductas y sentimientos, son apropiadas y deseables sólo para uno de los sexos. Esta asignación de roles lleva a una organización social que en la que se excluye la posibilidad de igualdad y se reduce el repertorio posible de conductas de los dos sexos. (Ravazzola, 1997: 51-52)

La perspectiva de género usualmente asume que lo típico es dotar al varón de poder para toma de decisiones, iniciativa sexual y uso de la fuerza, mientras a la mujer se le coloca en una posición subordinada; este punto de vista concibe que es en función de esta asimetría entre hombres y mujeres que la violencia sexual se ejerce, y que por ella se explica el que las niñas se encuentren en mayor riesgo de sufrir abuso que los niños. Más allá de quién tiene el poder, quién puede ser víctima y quién victimario, las creencias sociales de género sí pueden dictar ciertas diferenciaciones en los efectos del abuso y cómo es abordado. Por ejemplo, hay una sub-denuncia del abuso sexual de varones (Valdebenito y Larraín, 2007), que podría explicarse como menor incidencia del abuso de varones; pero bien puede explicarse a partir de la creencia social de que la iniciación sexual temprana de los varones es símbolo de masculinidad, por lo que un varón abusado por una mujer, es reconocido socialmente, por lo que la significación del hecho abusivo se modificaría, un adolescente que diga “no” a una

mujer mayor pondría en entredicho su “hombría”, por lo que más le valdría quedarse callado y “consentir”. Este es un ejemplo de cómo, a partir del género, pueden cuestionarse ciertas “verdades” reconocidas en torno al abuso, y cómo la asignación de roles y expectativas sociales puede afectar el sentido atribuido a los acontecimientos según el sexo biológico de la víctima.

Finalmente, es necesario indicar que la mayoría de las investigaciones realizadas sobre abuso sexual se llevan a cabo con mujeres, lo cual es indicativo de por qué se hace un fuerte énfasis en el género en la mayoría de los modelos sobre esta temática. Los varones tienen más dificultades para reconocer que han sido agredidos sexualmente, lo que dificulta la revelación es la creencia socialmente aceptada de que sólo las niñas son víctimas de abuso sexual, por lo que asumirse víctimas provoca cuestionamientos a su identidad de género (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Calvi, 2005). En todo caso, los roles y creencias de género afectan tanto a los varones como a las mujeres, pero la prevalencia de víctimas femeninas ha colocado un fuerte énfasis en este aspecto, especialmente en el papel de la familia en la reproducción de estos roles.

La familia es propuesta como un "lugar en el que se produce la psicología interiorizada de la feminidad y en donde se legitima la explotación social y económica de la mujer" (Mitchell, 1982; en Batres, 1998). En lo referente al abuso sexual infantil, en particular

*“La evidencia muestra que la gran mayoría de los agresores sexuales son hombres, mientras que la gran mayoría de las víctimas son mujeres; esto permite afirmar que el abuso sexual se da en el marco de la socialización de género. Por ello, es imprescindible considerar el enfoque de género en el abordaje del abuso sexual infantil, ya que aún hoy, en una sociedad predominantemente patriarcal —a pesar de que se ha iniciado un lento proceso de cambio—, el hombre (padre, padrastro, abuelo, amigo) es reconocido como una figura que tiene el privilegio de posesión, no sólo de las mujeres, sino que también de los niños, niñas y adolescentes, particularmente al interior del hogar”. (Ministerio de Salud de Chile y UNICEF, 2011)*

Por ello se vuelve necesario revisar algunas de las propuestas de la perspectiva de género en torno al abuso sexual infantil.

El enfoque de género es una herramienta de análisis que permite visualizar la situación de niños, niñas y adolescentes, a la luz de las expectativas, roles y comportamientos que son socialmente atribuidos en función de su sexo, a partir de lo cual se puede desnaturalizar y reflexionar en torno a las oportunidades y/o dificultades que dichas atribuciones generan; los principales hallazgos se vinculan al develamiento de prejuicios y estereotipos de género que se encuentran presentes en las situaciones de abuso sexual, los cuales operan en distintos niveles, a partir de diversos actores involucrados; desde las familias de las víctimas hasta las instancias encargadas de detectarlas y tratarlas, como de aquellas encargadas de la protección (SENAME, 2007; en Ministerio de salud de Chile y UNICEF, 2011).

Prejuicios y estereotipos de género asociados al abuso sexual (Ministerio de salud de Chile y UNICEF, 2011):

- Existe la creencia que es necesario dar más credibilidad al relato de abuso de los niños, que al de las niñas, bajo el supuesto de que esta situación es más traumática en ellos, por generar sospechas sobre su identidad sexual. Esto puede restar importancia o invisibilizar el abuso hacia las niñas.
- Frente al abuso o violación de un niño u hombre adolescente, existe el prejuicio temor en las familias de que éste, como consecuencia, pueda adquirir una preferencia sexual homosexual. En cambio, en el caso de una niña o mujer adolescente, los principales temores se relacionan con que lleve una vida futura promiscua o que, en efecto contrario, no acepte contacto con nadie del sexo opuesto.
- Cuando la víctima de abuso es un niño o es un hombre adolescente, las expectativas de futuro que para él tenía la familia tienden a destruirse, especialmente en lo que se refiere a sus estudios y posibilidades laborales. En el caso de una niña o mujer adolescente, si bien la familia resiente este suceso traumático, esta última no ve truncadas las posibilidades de desarrollo futuro de esa niña, las que generalmente se

asocian a la colaboración en las tareas domésticas y al matrimonio. Esto es especialmente relevante en las zonas rurales.

- En el caso de niñas o mujeres adolescentes que han sufrido abuso sexual, se tiende a culpabilizarlas por la experiencia vivida debido a que se piensa que son ellas quienes seducen o provocan a los agresores. Paradójicamente, a esos agresores se los tiende a visualizar como sujetos incapaces de resistir y controlar impulsos sexuales que las niñas han despertado en ellos, minimizando así la responsabilidad del agresor y traspasándola a la víctima.
- En las familias persiste el rol periférico del hombre en relación a sus hijos/as versus el rol protector de la madre o figura femenina, expresado en el grado de participación de uno y otra en los procesos de intervención como las terapias. En contextos rurales o de provincias esto se presenta con mayor frecuencia.
- En la intervención reparatoria tiende a integrarse a la madre o figura significativa femenina en desmedro del padre o de la figura masculina no agresora. Esto se debe, en gran medida, a que las propias madres justifican la no participación de sus parejas debido a su jornada laboral u otras causas, al tiempo que tampoco se han diseñado estrategias sistemáticas de integración de esta figura en el proceso de intervención. Algunos equipos que realizan intervención reparatoria a víctimas declaran haberse percatado de realizar juicios categóricos y tajantes respecto de la figura femenina, especialmente la madre. Se le exige que sea ella quien se consolide como figura protectora, como la encargada de llevar al niño o la niña a la terapia.

Desde la perspectiva de Género, Henderson (1990, en Batres, 1998) propone ciertos principios para enriquecer los postulados teóricos del quehacer terapéutico.

1. Todas las mujeres, los hombres, los niños y niñas han sido y son afectados en forma adversa en una gran cantidad de formas por la estructura sociocultural sexista.

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

Ahora bien, también es necesario considerar, desde esta perspectiva, cómo el abuso sexual afecta las creencias sobre los roles de género en los varones abusados sexualmente, especialmente cuando su agresor era varón también. Calvi (2005), Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) y Echeburúa y De Corral (2006) afirman que los casos de abuso sexual en varones son habitualmente subreportados. De acuerdo con Gartner (1999, en Calvi, 2005: 83-86), algunos elementos a considerar en este tópico son:

- 1) Hay un predominio general de abuso sexual de mujeres que de varones. Entre los niños sexualmente abusados una proporción mayor de niños que de niñas sufren abusos extrafamiliares.
- 2) Los abusos intrafamiliares son un antecedente poderoso de la perturbación que manifiestan los varones en su vida futura.
- 3) Entre los niños sexualmente abusados una proporción más pequeña de varones que de mujeres informan el abuso, en parte porque es menor la cantidad de jóvenes varones que identifican sus experiencias conscientemente como abusivas; ellos parecen sentirse menos traumatizados a pesar de manifestar una amplia gama de síntomas relacionados con el abuso.

- 4) Es menos probable que las víctimas masculinas de abuso sexual busquen ayuda psicoterapéutica –respecto de las víctimas mujeres– en algún momento de sus vidas, aunque es más probable que los varones busquen una terapia por otro tipo de problemas que parecieran no estar relacionados con el abuso.
- 5) Tanto los varones como las mujeres a menudo sostienen que ellos son responsables por el abuso, sintiendo que debieron haberlo prevenido o que ellos lo merecieron por ser «malos». En el caso de los varones también se hacen presentes la culpa, la ansiedad, la depresión, la vergüenza y la autoestima baja. Frecuentemente, ellos son activamente autodestructivos y se mutilan a sí mismos. Tienen más intentos suicidas que los varones no abusados y pueden exhibir conductas suicidas encubiertas poniéndose inútilmente en situaciones de riesgo.
- 6) Es más probable que los varones abusados sexualmente actúen agresivamente en su vida futura que las mujeres abusadas sexualmente.
- 7) Los varones sexualmente abusados suelen presentir fantasías sobre el deseo de tener actividad sexual con niños, aunque la mayoría no se hayan vuelto abusadores sexuales.
- 8) Los varones sexualmente abusados son propensos a tener reacciones psicológicas disfuncionales y fisiológicas de estrés, así como la fantasía de un cuerpo pobre.
- 9) El abuso sexual precipita a menudo una crisis sobre la orientación sexual e identidad del género en varones. Esto se relaciona con la aparición de sentimientos vergonzosos que los hacen sentir menos varoniles debido al abuso.
- 10) Hombres con historias de abuso sexual tienen a menudo problemas más severos para relacionarse íntimamente tanto con hombres como con mujeres.
- 11) Los varones abusados sexualmente tienden a ser hipervigilantes con hombres, sobre todo si tuvieron un abusador masculino.

- 12) Creen que no pueden proteger sus límites interpersonales, por ende, muchos de los varones abusados desarrollan problemas de confianza y aislamiento.
- 13) Los varones abusados tienden a ver la vida en términos dicotómicos (control vs. vulnerabilidad).
- 14) Los varones abusados sexualmente se presentan a menudo torpes emocionalmente, cargados de rabia y fuerte agresión.

Si bien esta serie de descripciones puede resaltar diferencias entre el varón y la mujer (en tanto víctimas de abuso sexual), existen muchas coincidencias entre ambos, entre las más frecuentes se hallan: síntomas de trastorno por estrés postraumático, escenas retrospectivas, terrores nocturnos, aislamiento interpersonal, y alternancia entre la hiperexcitación emocional y el entorpecimiento psíquico; ambos presentan a menudo problemas que involucran confianza, depresión, vergüenza, disociación, violaciones de límites, conductas compulsivas, adictivas, entre otras (Calvi, 2005). Estas diferencias tienen que ver con las ideas sociales en torno al género, principalmente aquellas que señalan que las víctimas son mujeres, puesto que para el hombre asumirse como víctima pone en entredicho su virilidad, de modo que no sólo enfrenta una crisis de identidad de género (no vinculada con su orientación sexual) sino que además tiene que poner en marcha mecanismos de compensación, que pueden llevarlo a adoptar conductas de alto riesgo, control y agresión (por considerarlas expresiones masculinas –culturalmente dadas– capaces de “restablecer” su condición de hombre).

#### **1.4 PERSPECTIVAS DE SECULARIZACIÓN TRAUMÁTICA Y TRAUMATOGÉNICAS. EFECTOS DEL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA.**

Al considerar el abuso sexual como el ejercicio del poder, en una relación asimétrica, puede resultar abstracto el considerar el papel que el evento abusivo desempeña en la vida emocional de la víctima, por ello es necesario contemplar los aspectos individuales, psíquicos, que resultan de la experiencia del abuso, aunque estos también se ven afectados por los contextos sociales en que las víctimas se desenvuelven, y que pueden resultar en factores de riesgo, y factores de protección, como señalan Sánchez y Cénide (2007) “la violencia es un fenómeno inherente al sistema en el cual se engendra, está encarnada en él, y



tiene diferentes formas de manifestación”, por lo que una vez situados los aspectos contextuales y sociales, es necesario reconocer los aspectos intra subjetivos, psíquicos, que se derivan de la experiencia abusiva.

La variabilidad de las experiencias que conllevan la categoría de abuso sexual y los distintos contextos en los cuales éste se produce, determinan diversos niveles de impacto en las víctimas. De esta forma, la sintomatología presentada tiende a ser distinta de un niño, niña o adolescente a otro. Algunos de ellos podrían presentar sintomatología grave e inmediata, mientras que otros podrían presentar sintomatología sólo en el largo plazo. Las consecuencias dependerán, por lo tanto, de la edad, el desarrollo cognitivo y emocional, el daño físico producido, los factores resilientes, la cultura en la cual se encuentra inserto el niño, niña o adolescente, la relación con el perpetrador, la cronicidad del abuso, la tipología de éste, la sensación asociada de temor y culpabilidad, la utilización de amenazas o soborno, la pesquisa temprana, la reacción del adulto no abusador ante la revelación y el tratamiento proporcionado a las víctimas (Felzen, 2004; en Ministerio de Salud de Chile y UNICEF, 2011; Llanos y Sinclair, 2001). El sexo y edad del agresor/a no presenta relación con la severidad de las consecuencias en los niños o adolescentes. Existen pocos estudios prospectivos, o de casos y controles, que intenten establecer una relación a largo plazo entre el abuso sexual infantil y otros trastornos neuropsiquiátricos. Sin embargo, algunas de estas evidencias señalan que el riesgo de presentar en la vida adulta síntomas depresivos o ansiosos, algún intento de suicidio, abuso de alcohol o Trastorno de Estrés Postraumático, es cerca de tres veces mayor en niños o adolescentes víctimas de abuso que en la población no abusada (Fenzel, 2004, Kendall et. al., 1993, Bernett y Crowin, 2006; en Ministerio de salud de Chile y UNICEF, 2011). El mayor o menor impacto emocional es agravado o aliviado por factores mediadores que serán responsables de las diferencias individuales observadas en las distintas víctimas en relación con las secuelas del evento (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Antes que nada, es necesario considerar que el abuso es una experiencia traumática que repercute negativamente en el estado psicológico de las víctimas, y si no se recibe tratamiento psicológico adecuado su malestar puede continuar en la vida adulta (Jumper, 1995; en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000); los efectos del abuso típicamente se dividen

en dos categorías: la primera, los *efectos a corto plazo*, referidos a aquellos que se presentan en los dos años siguientes al suceso; la segunda, los *efectos a largo plazo*, que se presentan en el periodo posterior a los dos años de acontecido el evento (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000: 45).

En lo referente a las teorías

*“En la literatura especializada se observan dos grandes líneas de trabajo relacionadas con el estudio de los efectos que el abuso sexual produce en los niños. Una de ellas, derivada prioritariamente de investigaciones de corte empírico, corresponde al estudio de las reacciones sintomáticas o conductuales asociadas al abuso. La otra, en cambio, corresponde al estudio de las dinámicas subyacentes a los síntomas y deriva, fundamentalmente, de conceptualizaciones de carácter teórico y/o clínico”.* (Martínez, 1993: 3).

En la primera línea, centrada en la sintomatología, se halla el modelo explicativo a partir del Estrés Postraumático. Wolfe, Gentile y Wolfe (1989; en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000) consideran las consecuencias del abuso sexual como una forma de Trastorno por estrés postraumático, porque cumple con los criterios de *trauma* señalados en el DSM-IV para el diagnóstico de este cuadro clínico y en la mayoría de las víctimas genera los síntomas característicos de este trastorno; este cuadro clínico se manifiesta si el trauma permanece en la memoria activa del niño en función de un inadecuado procesamiento de información y no se utilizan los mecanismos cognitivos adecuados para superarlo (Hartman y Burgess, 1989, 1993; en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). Este modelo presenta la ventaja de facilitar una descripción operativa de los síntomas derivados del abuso y permitir un diagnóstico que todos los profesionales puedan entender, sin embargo, presenta las desventajas de que sólo se puede aplicar en algunas víctimas, no permite explicar la relación existente entre el suceso traumático y el cuadro clínico –al no referirse a las diferentes fases del desarrollo evolutivo– y no recoge todos los síntomas, especialmente los relacionados con las dimensiones cognitivas y atencionales (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000); además, no todas las personas presentan los síntomas que contempla el cuadro de TEPT (Montenegro, 2012), en este sentido “el miedo (al futuro o derivado de las amenazas), la depresión, la culpa (...) y los problemas

sexuales, así como un estado de confusión y las distorsiones en las creencias sobre sí mismos y los demás, son las secuelas que aparecen con mayor frecuencia en este tipo de víctimas” (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000: 43).

Dentro de la segunda línea de trabajo se halla la de Finkelhor –el modelo “traumatogénico” (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000: 42) –, quien señala que el abuso sexual es una experiencia, no un síndrome ni un trastorno, pero puede dar lugar a la aparición de estos. El abuso sexual es una experiencia que altera la visión que el niño tiene de sí mismo, el mundo y los demás, y pueden identificarse cuatro mecanismos generadores del trauma, que son la sexualización traumática, la falta de poder, la traición y la estigmatización (Finkelhor y Browne, 1985; en Martínez, 1993: 3; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000: 44).

La *sexualización traumática* se refiere al proceso mediante el cual la sexualidad del niño va siendo moldeada a una manera inapropiada para su edad. El abusador le somete a una erotización precoz, transmitiéndole conceptos distorsionados acerca del amor y el sexo. La sensación de falta de poder o *sentimiento de indefensión* se origina en la transgresión a la intimidad del niño, quien no puede oponer resistencia ni buscar ayuda, lo cual se traduce en una creencia en el niño de no saber cómo reaccionar ante las diversas situaciones planteadas en la vida real y de tener poco control sobre sí mismo y cuanto le sucede, lo que crea en la víctima una sensación de desamparo y temor hacia lo que le pueda suceder en el futuro, provocando actitudes pasivas, poco asertivas y retraimiento. Junto con este sentimiento de impotencia, el niño puede vivenciar una sensación de traición, pues llega a darse cuenta que quien estaba a cargo de su cuidado, le causó daño o no lo protegió, la *pérdida de confianza* puede no sólo centrarse en la relación con el agresor, sino generalizarse a las relaciones con el resto de la familia y e incluso ampliarse a otras personas en el contexto de las relaciones interpersonales. Finalmente, el niño puede vivir un proceso de estigmatización, sintiéndose malo, culpable por lo ocurrido y distinto a los demás niños<sup>8</sup>, la estigmatización es sentida como culpa, vergüenza, pérdida de valor y otras expresiones de imagen negativa de sí mismo,

---

<sup>8</sup> Incluso, esa sensación de estar “marcado” o que el abuso sea “visible” puede mantenerse muchos años después de concluida la infancia. Un consultante de 42 años, 38 años después del abuso, me comentaba que sentía que las personas podían saber del abuso si intimaba con ellas, porque si lo veían y hablaban con él de cerca, se darían cuenta.

estas connotaciones negativas se incorporan a la autoimagen del niño y ejercen una profunda influencia sobre su autoestima (Finkelhor y Browne, 1985, Bannister, 1997; en Martínez, 1993: 5; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000: 44-45). Estos factores, además, “se relacionan con el desarrollo por parte del niño de un estilo de afrontamiento inadecuado y con el surgimiento de problemas de conducta” (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000: 44), el sostenimiento en secreto del abuso sexual puede, además, reforzar la idea de ser diferente y con ello aumentar el sentimiento de estigmatización (Cortés y Cantón, 1997, en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Cantón y Cortés, 2000).

Ahora bien, los efectos del abuso no se presentan sólo en función de las cualidades psíquicas particulares del individuo, sino que tienen que ver con muchos otros factores ambientales

*“La magnitud del daño que una persona puede sufrir como consecuencia de un acto violento, va a variar y no necesariamente en relación directa con el evento en cuestión, sino que dependerá de múltiples cosas más, como puede ser: la etapa de desarrollo, el apoyo social, el grado de resiliencia y el tiempo de exposición al hecho traumático, entre otros”.* (Montenegro, 2012: 390)

Los niños abusados sexualmente pueden *acomodarse* a las experiencias traumáticas mediante comportamientos que les permiten sobrevivir en lo inmediato, manteniendo una fachada de “seudonormalidad” (Montenegro, 2012: 103), por ello, en muchas ocasiones pareciera que no existe el trauma (y por ello muchas veces las víctimas no encajan con el modelo propuesto por el estrés postraumático), esta fachada puede mantenerse incluso hasta la vida adulta, manteniendo junto con ella insatisfacción personal, el estigma, o cualesquiera percepciones negativas sobre sí mismo. Aunque muchas de las personas que sufrieron abuso sexual en la niñez pueden, de hecho, no presentar síntoma alguno.

### ***Efectos a corto plazo***

Muy pocas víctimas permanecen estables emocionalmente después de la agresión –entre un 20% y un 30%–, la mayoría experimentan cuadros clínicos establecidos o síntomas de diferentes tipos (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). El alcance de las consecuencias

dependerá del grado del sentimiento de culpa y la victimización del niño por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima. En general, las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas y los niños fracaso escolar y dificultades de socialización (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000); los niños tienen mayor probabilidad de exteriorizar problemas de comportamiento como agresiones sexuales y conductas violentas en general (Bonner, 1999; en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Con respecto a la edad, los niños en etapa preescolar pueden mostrar estrategias de negación y disociación, en los niños un poco mayores, en la fase de escolarización, son más frecuentes los sentimientos de culpa y vergüenza ante el suceso. El abuso sexual adquiere especial gravedad en la adolescencia porque existe el riesgo de embarazo, además de que el adolescente toma conciencia del alcance del abuso, especialmente cuando se trata de una relación incestuosa; por ello en este periodo no son infrecuentes las conductas graves como el intento de suicidio, el consumo abusivo de sustancias y las huidas de casa (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). EN última instancia, cada persona resignificará el hecho traumático de manera diferente (Calvi, 2005).

### ***Efectos a largo plazo***

Los efectos a largo plazo suelen ser menos frecuentes<sup>9</sup> y ser más difusos que las secuelas iniciales, sin embargo la victimización en la infancia es un factor de riesgo importante de desarrollo psicopatológico en la edad adulta (López, 1995, Barsky, Wool, Barnett y Cleary, 1994; en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000: 47). Los problemas disociativos –en concreto la amnesia psicógena– son relativamente frecuentes, tanto más cuanto más pequeño es el

---

<sup>9</sup> Aunque esta es la postura “oficial”, Echeburúa y Guerricaechevarría anotan: “En buena medida el interés reciente por el estudio del abuso sexual en los *niños* procede de las observaciones clínicas hechas en los *adultos*. Por un lado hay adultos que presentan problemas de relación interpersonal y dificultades de expresión afectiva en relación con el abuso sexual experimentado años antes (...) Y por otro, ciertos cuadros clínicos específicos experimentados en la vida adulta, como el trastorno disociativo, se han puesto en conexión directa con las agresiones sexuales sufridas en la infancia” (2000: 4). Además, está el hecho de que no hay estadísticas suficientes ni datos estandarizados sobre el abuso sexual, por lo que las mediciones dependen del estudio en cuestión, de su marco teórico y de la operacionalización de las variables. Estos dos aspectos señalan la necesidad de “poner entre comillas” la existencia de síntomas “a largo plazo”, ya sea frecuente o infrecuente, regular o irregular, pues estos datos son *relativos al constructo y el nivel de análisis*. hasta que no existan más datos estadísticos e investigaciones, no es posible establecer estos aspectos epidemiológicos.

niño en el inicio del abuso (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000: 47); en lo referente a la disociación

*“Cualquier persona que experimenta una situación traumática que sobrepasa su capacidad psíquica de elaboración, recurre a un mecanismo de defensa conocido como disociación, por el cual se separan los hechos reales de los conocimientos que generan. De esta manera, se garantiza que las emociones que produce la situación traumática no invadirán nuestra vida descontroladamente, permitiendo que los recuerdos estén presentes sin desorganizar el funcionamiento”* (Intebi, 2000: 54)

En consecuencia, la disociación debe ser considerada como un mecanismo de defensa y, por lo tanto, un mecanismo de supervivencia; si bien es considerada como “síntoma”, ha de considerarse que no es signo de patología, sino una forma de autoprotegerse de la violencia, pues el niño, cuanto más pequeño, cuenta con menos recursos psicológicos para afrontar la vivencia traumática que implica el abuso sexual.

En la mayoría de los casos el paso del tiempo no implica la resolución del trauma, sino el tránsito de un tipo de sintomatología a otra. La información disponible no permite señalar un único síndrome ligado a la experiencia de abusos sexuales en la infancia y la adolescencia, los únicos efectos observados con mayor regularidad son las alteraciones en la esfera sexual, la depresión y el conjunto de síntomas asociados al estrés postraumático, un control inadecuado de la ira y en algunos casos, cuando las víctimas se convierten en padres, una actitud obsesiva hipervigilante respecto de los hijos o por el contrario, la adopción de conductas de abuso o consentimiento; pero ni siquiera estos aspectos relativamente frecuentes constituyen un fenómeno universal (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). Entre las principales secuelas psicológicas en víctimas adultas de abuso sexual en la infancia, Echeburúa y Guerricaechevarría (2000: 49) y Echeburúa y De Corral (2006: 79-80), señalan

- Físicas: Dolores crónicos generales, Hipocondría y trastornos de somatización, alteraciones del sueño (pesadillas), problemas gastrointestinales; desórdenes alimenticios, especialmente bulimia.

- Conductuales: Intentos de suicidio; consumo de drogas y/o alcohol; Trastorno disociativo de la identidad.
- Emocionales: Depresión, ansiedad, baja autoestima, estrés postraumático, trastornos de personalidad, desconfianza y miedo de los hombres, dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura y de intimidad.
- Sexuales: Fobias o aversiones sexuales, falta de satisfacción sexual, alteraciones en la motivación sexual, trastornos de la actividad sexual y del orgasmo, creencia de ser valorada por los demás únicamente por el sexo.
- Sociales: Problemas en las relaciones interpersonales, aislamiento, dificultades en la educación de los hijos.

De acuerdo con Chas, Diz, Fernández y Rivero (2000), otros efectos que pueden presentarse a largo plazo son:

- Efectos emocionales: sentimientos de inferioridad, intensos sentimientos de rabia e ira.
- Efectos interpersonales: aislamiento, estigmatización, miedo a la intimidad, evitación de contactos personales, revictimización.
- Efectos cognitivos/perceptuales: negación de la experiencia, de su importancia o significado, despersonalización, amnesia psicogénica.
- Efectos sexuales: dificultad para diferenciar sexo de afecto, promiscuidad, vaginismo, hipersexualización, enfermedades de transmisión sexual recidivantes<sup>10</sup>.

Desde la perspectiva psicodinámica, Calvi (2005) señala como posibles efectos del traumatismo los procesos de desmantelamiento psíquico, que presentan apariencia depresiva por la apatía y la falta de deseo de vivir, pero no son del mismo orden que los fenómenos postraumáticos clásicos, pues se trata de sujetos que se abandonan perdiendo toda capacidad autoconservativa, es decir, que en ellos se destruyen los aspectos autoconservativos como los autopreservativos del yo; de tal suerte que el ASI provoca que el psiquismo entre en riesgo de sufrir este tipo de desmantelamiento. Para ella, “la característica central de la violencia, especialmente la violencia sistemática del abuso es que tiene un efecto arrasador sobre la subjetividad. Luego el hecho violento es en sí mismo un hecho traumático que deja marcas

---

<sup>10</sup> Enfermedades crónicas, que pueden entrar en fase de remisión pero no se curan del todo.

físicas y un profundo dolor psíquico” (Calvi, 2005: 49). Del sentimiento de desamparo se derivan el sentimiento de estar en peligro, el miedo, la tristeza o el desasosiego, así como el sentirse diferente a los demás provoca sentimientos de humillación, desesperanza y aislamiento (Velázquez, 2003; en Calvi, 2005: 49-50).

Además de los ya citados por otros autores, Barudy (1998) considera entre los efectos a largo plazo las manifestaciones de la “alienación sacrificial”, que implica que la víctima ya no puede reconocerse como tal debido a la manipulación afectiva y las prescripciones que el abusador le ha impuesto que han logrado hacer desaparecer la distancia con la víctima, poco a poco la imagen de sí mismo cambia de forma que la víctima se asume como “mala” que ha inducido la situación; así, la víctima toma la misión, delegada por el abusador, de sacrificar sus deseos y necesidades para satisfacer los suyos; conducta que puede repetir en otros contextos a lo largo de su vida.

Ahora bien, entre los efectos emocionales se señala constantemente el sentimiento de culpa como una de las emociones negativas presentes en muchos de los adultos con antecedentes de abuso sexual infantil; este sentimiento de culpa y vergüenza puede derivarse del proceso de manipulación que impone las ideas del agresor a la víctima (Barudy, 1998), así como puede devenir por la edad del niño en el momento del trauma, en el periodo escolar, específicamente (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). El sentimiento de culpabilidad, se caracteriza por autoacusaciones, autodesprecio y tendencia al autocastigo, que puede conducir al suicidio (Montenegro, 2012: 73-74).

Los sentimientos de culpa y vergüenza suelen permanecer por mucho tiempo (Feiring y Toska, 2005; en Quintero y Andrade, 2012) y llevan a que los individuos tengan una imagen negativa de sí mismos, se sientan malos o sucios o crean que merecen situaciones dañinas o dolorosas a manera de castigo. Esos sentimientos pueden explicar algunas conductas observadas en personas que han vivido abuso sexual infantil, como los pensamientos de devaluación y minusvalía, la baja autoestima, las conductas autodestructivas, la depresión, las pobres expectativas a futuro, la dificultad para entablar relaciones y el temor y la ansiedad (Andrews *et. al.*, 2004, Kendler *et. al.*, 2000, Molnar *et. al.*, 2001, Trickett *et. al.*, 2001; en Quintero y Andrade, 2012).



Desde el punto de vista del trauma en sí mismo lo que predice la peor evolución a largo plazo es la duración prolongada de la exposición a los estímulos traumáticos, la intensidad alta de los síntomas experimentados inmediatamente y la presencia de síntomas disociativos (amnesia psicógena especialmente) en las horas y días posteriores al suceso; el impacto psicológico a largo plazo del abuso sexual puede ser pequeño si no hay otros eventos de victimización, y en muchas ocasiones los problemas de una víctima en la vida adulta surgen en un contexto de vulnerabilidad generado por el abuso sexual en la infancia pero provocados directamente por circunstancias próximas en el tiempo (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Ahora bien, se considera que las estrategias de afrontamiento tienen un papel importante en el grado de ajuste de las víctimas que a su vez incide en la presencia o ausencia de síntomas o efectos a largo plazo. Cantón y Justicia (2008), tras una investigación con adultos que sufrieron abuso sexual en la infancia, concluyeron que las estrategias de afrontamiento por evitación se asocian a consecuencias psicológicas negativas, mientras que las estrategias aproximativas (por ejemplo, tratar de ver la situación desde un punto de vista diferente, buscar apoyo social) se han asociado a un mejor ajuste. Su investigación señaló, además, que las víctimas de abuso sexual infantil, respecto a los efectos a largo plazo, presentan un peor ajuste psicológico a largo plazo, evaluado en términos de depresión y autoestima.

Finalmente, el modelo de las necesidades humanas afectadas por la violencia sexual propuesto por Blume, dentro de la perspectiva feminista, señala como efectos del abuso el daño a las necesidades afectivas básicas. El incesto afecta los principios básicos del desarrollo humano al dañar las siguientes necesidades humanas básicas (Blume, 1990, en Batres, 1998): amor, validación, dominio (sobre la propia vida), aceptación incondicional, amor no posesivo, ego e integridad corporal.

En el ámbito relacional, los menores que fueron abusados sexualmente por un adulto tendrán generalmente la percepción de que el poder es sinónimo de fuerza pero no en el sentido de energía positiva sino como la imposición destinada a generar dolor y daño, por lo que esta situación puede generar en estos niños mucha desconfianza y alta ansiedad social. (Serrano, 2010: 132).

Por otra parte, Echeburúa y Guerricaechevarría (2000: 51-52) destacan que el hecho de que muchas personas no queden afectadas por el abuso, especialmente a largo plazo, tiene que ver con factores mediadores entre la victimización y el impacto; estos factores se refieren a aquellos elementos del contexto social y familiar que pueden resultar amortiguadores o bien que pueden propiciar, al contrario, una mayor vulnerabilidad psicológica y favorecen el desarrollo de consecuencias psicopatológicas. Entre los factores de vulnerabilidad para el desarrollo de secuelas psicopatológicas, señalan el abuso sexual frecuente y duradero, el empleo de la fuerza y amenazas, la penetración oral, anal o vaginal, la relación estrecha con el agresor (pariente, tutor, profesor, etc.), un ambiente familiar disfuncional, dudas sobre la existencia de los abusos por parte de personas significativas (no ser creído por la madre, por ejemplo), falta de apoyo emocional y social tras la revelación, ruptura de la familia tras la revelación, participación en un proceso judicial (una victimización secundaria ofrece un peor pronóstico). Una buena adaptación escolar y unas relaciones interpersonales adecuadas tienen un efecto positivo sobre la autoestima y contribuyen a amortiguar el impacto de la victimización al constituirse en factores de protección.

Para Santana y Machín (2005), la importancia de los efectos del abuso sexual en la vida adulta no depende de su determinación o mejor dicho de su indeterminación –la concepción de que los efectos a largo plazo son poco frecuentes y no pueden ser directamente atribuidos al abuso–, sino que lo importante es el significado que el abuso cobra en la vida de estos adultos, puesto que el sujeto reproduce en el discurso una violencia sobre sí como otrora alguien la ejerciera sobre su cuerpo. Para estos autores, lo más destacable es que el abuso sexual infantil ha sido desatendido desde el punto de vista de los adultos, para quienes el hecho abusivo puede ser el punto de partida, aunque no sea el motivo de consulta, pues la indeterminación del abuso en la forma en que se desplegarán los síntomas realza el carácter subjetivo de los mismos.

## **1.5 MODELOS DE INTERVENCIÓN**

Las terapias más utilizadas para el tratamiento psicológico del abuso sexual son las terapias individuales y grupales con enfoque psicodinámico y psicoanalítico; las terapias cognitivo conductuales que utilizan técnicas como la desensibilización sistemática, inundaciones, reestructuración cognitiva, entre otras; la farmacoterapia con el uso predominante de los antidepresivos y ansiolíticos; y, las terapias alternativas con modalidades terapéuticas como la programación neurolingüística, los grupos focales, las terapias de escritura y las terapias con enfoques de género (Vallejo y Córdoba, 2012).

La psicoterapia en casos de abuso sexual tiene un fin correctivo al permitir que se experimente una relación humana positiva, y un fin reparatorio, orientado a la elaboración e integración de las vivencias traumáticas (Gil, 1991; en Martínez, 1993). En el caso de los adultos, los modelos se enfocan o bien a dar atención al trastorno de estrés postraumático o bien a brindar atención y tratamiento a los síntomas resultantes de la secularización del trauma causado por la experiencia del abuso.

Echeburúa y sus colaboradores (Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta, y Corral, 2013; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000) se han centrado en modelos de intervención con orientación cognitivo-conductual, y aunque consideran que el trabajo grupal es de utilidad, en su trabajo clínico y de investigación han privilegiado las terapias individuales, poniendo énfasis especial en la intervención para trastorno por estrés postraumático, pero también para otro tipo de variables como el malestar emocional y conductas de evitación sexual.

La terapia de reparación (Llanos y Sinclair, 2001) considera que la intervención terapéutica para el abuso sexual debe realizarse según un proceso de reparación: reconocerse como víctima, reconocerse como sobreviviente y celebrar la vida. Desde este modelo, el primer paso es reconocerse como víctima “en el allá y entonces” puesto que ello es fundamental en el proceso de superar la culpa respecto del abuso; la persona necesita evaluar que en su infancia estuvo sometida a un contexto relacional violento y que no tenía posibilidad de controlar o detener las acciones abusivas del adulto, dadas las características de dicha dinámica y la

dependencia propias de su condición infantil. El reconocerse como sobreviviente en el “aquí y ahora” supone considerar que haber sido víctima de abuso en el pasado no significa estar condenado a padecer sus efectos toda la vida; “reconocerse como víctima en el pasado y reconocerse como sobreviviente en el presente son etapas complementarias que se superponen dentro de un proceso terapéutico” (p. 57).

El contexto terapéutico supone el establecimiento de una relación no abusiva, en donde se explicita el marco de la terapia: establecer una relación cooperativa en la que el terapeuta sea explícito en sus opiniones profesionales, entregue la información necesaria sobre él y el tratamiento de manera clara, debe favorecer un rol activo del consultante en la dirección que debe tomar la terapia. Con respecto a la contención y elaboración de los sentimientos asociados al abuso, “el abuso suele estar asociado a dolorosos e intensos sentimientos de angustia, vergüenza, culpa, miedo, desconfianza, tristeza y rabia con las que la persona puede contactarse en el curso de la terapia y que requieren ser elaborados durante el proceso” (Llanos y Sinclair, 2001: 64) Estos sentimientos, afirman, requieren ser contenidos, legitimados; el hecho de escuchar, creer y validar resulta terapéutico, legitimar las vivencias previo a “elaborarlas” resulta aliviador, y también puede resultar terapéutico liberar a la persona de la exigencia del perdón. Además, en este proceso se realiza una contextualización de los efectos del abuso, que se refiere a la identificación de los efectos del abuso que resultan más evidentes, perturbadores y/o interferentes en la vida de la persona, y su normalización (despatologización) de los mismos como reacciones esperables, frecuentes y comprensibles a la luz de la dinámica abusiva. Uno de los objetivos del proceso es ayudar a la persona a protegerse de nuevas victimizaciones, lo cual contempla el abordaje de al menos tres aspectos: recuperación de claves que le permitan diferenciar las relaciones abusivas de las no abusivas, conciencia y valoración de las propias necesidades y derechos, y manejo adecuado de los límites interpersonales en distintos ámbitos de relación (para no incurrir ni en sumisión, ni en manipulación, control ni abuso).

Un problema asociado con los modelos de intervención terapéutica, en cuanto a los modelos teóricos que les preceden, puede verse reflejado por la reflexión que Ganduglia (citada en Montenegro, 2012) realiza a propósito del modelo psicoanalítico

*“Ganduglia (...) cuestiona (...) que los terapeutas no obstante de intentar ayudar a las víctimas, su reticencia a nombrar a un agresor y a un agredido, han podido reforzar la culpabilidad de la víctima, agravando su proceso de destrucción. Agrega que los métodos terapéuticos clásicos no son suficientes para ayudar a este tipo de víctimas lo que ejemplifica mencionando que muchas veces los analistas aconsejan a las víctimas de un ataque perverso que se pregunten en qué medida son responsables de la agresión que padecen, y en qué medida la han deseado, tal vez incluso inconscientemente”.* (Montenegro, 2012: 97).

Calvi (2005) advierte también de este peligro, menciona que “hay situaciones donde las intervenciones analíticas lejos de recuperar y reconstruir lo arrasado por el traumatismo lo fijan aún más” (p. 77). Mientras algunos modelos de intervención abogan por la clara distinción entre agresor y víctima (Barudy, 1998; Perrone y Nannini, 2000), otros tantos, profundizan la victimización al insinuar que la víctima participa (relacional o inconscientemente, si no ambas) en el abuso, colaborando con el agresor. El mayor peligro de estas prácticas re-victimizantes reside en que el proceso terapéutico sustituye la historia del cliente por la del terapeuta (Gergen, 2006), y si la historia del terapeuta construye a la víctima como responsable puede profundizar los efectos destructivos del abuso.

El abuso sexual es un proceso relacional donde el abusador saca provecho de la dependencia emocional del niño y manipula la confianza que éste ha depositado en él (Martínez, 1993: 6); la terapia es, a su vez, un proceso relacional, pero basado en el reconocimiento y la validación de la persona por parte del terapeuta, por lo cual la intervención reivindica ante la persona la posibilidad de establecer relaciones interpersonales en que la confianza no sea defraudada, en que no haya manipulación y en que no deba someterse emocionalmente. Un paso en la terapia en casos de abuso consiste en que el paciente logre reconocer que el abuso es un hecho de su vida, pero *no es su vida* (Martínez, 1993: 8)

Finalmente Beristain (2011), señala que la definición de víctima tiene que ver con el ámbito jurídico de los derechos humanos, pero que en relación con las personas afectadas hay que tener en cuenta que el concepto de «víctima» es estigmatizante y algunas personas prefieren considerarse como sobrevivientes; para él,

*“(...) una cosa es reconocer esta dimensión de ruptura [de los derechos] y otra considerar a la persona afectada sin recursos o convertir esa experiencia en un estigma (...) La definición como víctima corre el riesgo de absorber la identidad, limitando los roles, aspiraciones o experiencias vitales de la persona afectada (...) Se necesita de un cuidadoso equilibrio entre el reconocimiento de la victimización de que fue objeto, tener conciencia de las consecuencias y efectos negativos, así como de las necesidades de la persona y defender sus derechos como víctimas, pero a la vez mantener un trato digno que motive a la persona y respete la dignidad de la persona que se pretende apoyar, de forma que le ayude a salir de esta situación.” (Beristain, 2011: 38-39)*

Es importante, entonces, que en la intervención clínica exista un cuidado de no re-victimizar a las personas que acuden a solicitar tratamiento, ni mediante la solicitud de detalles ni mediante la estigmatización incapacitante. Cada modelo tiene sus propias estrategias para intervenir y tratar estos casos, pero bajo ninguna circunstancia, teórica ni técnica, es aceptable atentar contra la integridad emocional de las personas que acuden a solicitar apoyo.

## Capítulo 2. Terapia narrativa

La terapia narrativa es un modelo de intervención, ya no tan reciente, que propone una forma de tratar a los consultantes distinta de la de las terapias “modernas”, por cuanto se niega a la valoración diagnóstica y propone una posición del terapeuta con menos autoridad, esto es, que el terapeuta no es el experto, sino el cliente.

El modelo narrativo se ha nutrido de diversas corrientes de la teoría social, aunque se le asocia a la corriente posmoderna de psicoterapia, los creadores del modelo, Michael White y David Epston, prefieren insertar su modelo en el posestructuralismo, y esto es así no sólo en cuanto a la epistemología posestructuralista, sino también en cuanto a los modelos sistémicos de terapia familiar y el pensamiento psicoanalítico y cognitivo conductual, que conciben estructuras, ya sea familiares o mentales, que determinan la conducta de los individuos. La terapia narrativa, en cambio, enfatiza los significados atribuidos a los actos.

El construccionismo social asume que cuando las personas recurren a psicoterapia es porque tienen una historia que contar, como sea que esta se exprese, el terapeuta se halla frente a una narración, que puede ser breve o prolongarse durante semanas o meses (Gergen y McNamee, 1996). El terapeuta responde a esta narración en el proceso terapéutico. El enfoque construccionista de la terapia no consiste en definir una nueva narración, sino en superar la realidad narrativa (Gergen, 2006).

A su vez, el posmodernismo en psicoterapia no se refiere a un momento temporal, sino a una corriente de pensamiento que reacciona como crítica a las terapias modernas, con respecto a las teorías y modelos que conciben las causas como lineales, a las terapias “modernas” que asumen causas y efectos según un modelo de patologización que torna al consultante en paciente y al terapeuta en experto. Las terapias posmodernas proponen que la realidad es construida socialmente, que existen múltiples causas y posibles efectos para las conductas problemáticas, y que el terapeuta debe colaborar con el consultante quien, en última instancia, es el experto, pues es él quien conoce su vida, problemas y quien posee el poder de modificarlos (Beyebach, 1999). En el contexto moderno se concede mayor credibilidad a las exposiciones narrativas del científico, que se sitúan por encima de los relatos de la vida

cotidiana –y del conocimiento local (Geertz, 2005) –, y en una categoría por completo diferente (Gergen, 2006). Las teorías terapéuticas contienen afirmaciones explícitas sobre la causa subyacente a la raíz de la patología, la localización de esta causa en el interior del cliente o de sus relaciones –lo cual se presenta en los modelos estructuralistas, ya sean sistémicos, dinámicos, cognitivos, conductuales, e incluso humanistas–, los medios para diagnosticar estos problemas y los medios para eliminar la patología; adicionalmente, el terapeuta se forma una opinión sobre la narración del cliente en función de su formación profesional como científico, impulsada por la creencia en la objetividad y la neutralidad propias del positivismo moderno, la legitimación de esta posición de autoridad conlleva a que progresivamente el discurso del cliente sea remplazado por la narración del terapeuta (Gergen, 2006), influida por los compromisos teóricos y los discursos ideológicos del profesional.

En el contexto posmoderno, las exposiciones narrativas no reproducen la realidad sino que son los instrumentos con los cuales la realidad se construye, la verdad es local y las narraciones del terapeuta son colocadas en el mismo plano que otras posibilidades disponibles en la cultura, no son superiores, sino que tienen implicaciones pragmáticas diferentes y no sólo se trata de que el cliente y el terapeuta negocien una nueva forma de conocimiento, sino de saber si esta nueva forma es utilizable en la esfera social, se trata de “trascender el relato” y no sólo establecer una nueva narración, sino liberar a la persona para que pueda mantener una multiplicidad de historias y construir el sentido de la vida aun después del proceso terapéutico (Gergen, 2006). Los enfoques posmodernos se centran en indagar sobre las fortalezas y recursos de los clientes (Tarragona, 2013).

La psicología narrativa propone que los seres humanos organizan sus experiencias como historia, cargadas de significado, constituidas por una serie de eventos concatenados en el tiempo, con desarrollos y desenlaces (Tarragona, 2013), el lenguaje es el vehículo del proceso de construcción y comprensión de las experiencias, se utiliza para construir, organizar y dar sentido a las historias personales (Anderson, 1997; en Tarragona, 2013).



## 2.1 HISTORIA Y DESARROLLO

La terapia narrativa surgió en la década de 1980, cuando David Epston y Michael White comenzaron a trabajar juntos. Con la publicación de su primer libro *Medios narrativos con fines terapéuticos (Narrative/Literate means to therapeutic ends)* comenzaron un nuevo modelo psicoterapéutico, nacido de la práctica que ambos habían tenido y que tomaba como punto de partida teorías provenientes de la psicología, la literatura, la antropología, la sociología y la filosofía, en el caso de White, también se vio influido por los estudios de género y fundamentalmente por la obra de Michel Foucault.

White comenzó a trabajar en los años setenta en el Hospital Infantil de Adelaida como trabajador social, fue editor de la revista australiana de terapia familiar (*Australian Family Therapy Journal*) y en 1983 fundó en Adelaida el Centro Dulwich (*Dulwich Centre*), especializado en terapia familiar. Fue en este periodo cuando comenzó a trabajar con David Epston, con cuya colaboración publicó el primer libro “oficial” del modelo narrativo “Medios literarios con fines terapéuticos”, que un par de años más tarde, reeditado tomó el nombre de “Medios narrativos con fines terapéuticos”. Desde su primera publicación y hasta la fecha de su muerte, White participó en conferencias y en la formación en terapia narrativa en el Dulwich Centre, su obra bibliográfica no es muy prolífica, aunque existen muchas referencias sobre sus palabras en conferencias y entrevistas y publicó muchos artículos en diferentes países; aunque son pocos los libros de White y Epston, el enfoque narrativo cuenta con una bibliografía en crecimiento debido a las aportaciones de nuevos autores, que se han dedicado a trabajar y ampliar este enfoque en su propia práctica clínica.

David Epston, antropólogo, sociólogo y psicólogo, se formó en las universidades de Auckland, British Columbia y Edimburgo, es considerado como uno de los más importantes representantes de la “Nueva Escuela Australiana de Terapia Familiar”, Epston se ha orientado a la terapia breve y se centra en asistir a la persona a identificar sus “logros aislados” (aquellas situaciones en las que el consultante tuvo el control sobre el problema), que constituyen la base sobre la cual se elabora la nueva versión de sí mismo y de sus relaciones con los miembros de su familia y de la comunidad.

White fundó el Centro de Terapia narrativa Adelaida (*Adelaide Narrative Therapy Center*) en Ontario Canadá en 2008, justo antes de morir; este centro se suma para la formación en Terapia Narrativa en el continente americano al Instituto Taos (*Taos Institute*, Estados Unidos), al Grupo Campos Elíseos (México), al Colectivo Prácticas narrativas (México) y PRANAS (Chile).

A lo largo de su trabajo, White modificó algunos conceptos, dándoles distintos nombres (o desarrollando nombres nuevos) y ajustes a sus técnicas, por ejemplo, las conversaciones de andamiaje forman parte del *corpus* de sus últimos trabajos. Asimismo, mientras al comienzo empleaba la terminología provista por Bateson y recurría a la teoría cibernética, conforme fue avanzando su trabajo se separó de la analogía cibernética para aproximarse más a la lingüística. La obra de White es poco académica, es decir, recurre poco a las teorías y las citas y explicita muy poco sus posturas epistemológicas, sin embargo, el análisis de su obra permite rastrear sus antecedentes en el construccionismo social y las teorías denominadas como postmodernas, aunque él prefería llamar a su trabajo como “posestructuralista” (White, 2000, 2002a, 2002b). Otros autores se han dado a la tarea, también, de explicitar los fundamentos epistemológicos del modelo narrativo.

Originalmente, el modelo de la terapia narrativa se inspiró en las obras de M. Foucault, G. Bateson –particularmente en lo referente a las restricciones– y las perspectivas de género; surgió del trabajo de White con niños, y formaba parte de los modelos de terapia familiar. Si bien con el paso de los años White se alejó de los principios cibernéticos de Bateson, hasta el final sostuvo sus ideas acerca de la obra de Foucault, que inspiraron y dieron forma a su peculiar enfoque y estilo terapéutico. Aunque la terapia narrativa ya no es, sigue siendo novedosa.

Para empezar, hay que entender a qué se refiere el término de narrativa, pues aunque la caracterización de White de “una terapia con méritos literarios” (White y Epston, 1993) ofrece una buena pista, es necesario comprender el empleo del término para entender este modelo. Payne (2002) señala que en este modelo “narrativa”, “relato” y “recuento” se utilizan para referirse a secuencias escogidas de vida que cobran existencia como entidad mediante el acto de relatarlas y que se encuentran influidas principalmente por los ámbitos

social y cultural, que dan sentido a la experiencia e influyen en las interpretaciones que las personas hacen de su vida y sus relaciones.

La influencia sociocultural es vista en términos políticos, que tocan no sólo a los relatos personales sino también a los discursos que, sobre la identidad y la salud mental o normalidad de comportamiento de las personas, realizan las disciplinas de salud mental. Entre las ideas retomadas de Foucault por las terapias posmodernas, se halla la referida a que el diagnóstico psicológico fuertemente determinado por clasificaciones nosológicas es un ejemplo de los procesos de dominación y alienación descritos por Foucault en “Vigilar y Castigar” (Bacigalupe, 2003). En respuesta a ello, las terapias posmodernas se adscriben a una perspectiva epistémica socioconstruccionista.

El movimiento del construccionismo social surge del denominado “giro lingüístico” que provocó que en las ciencias sociales la perspectiva epistémica se centrara en el significado de los fenómenos sociales y se alejara de la creencia positivista objetivista de los hechos; ello implicó alejarse de la idea que ubica el significado en la mente individual para postular que son las relaciones las que lo crean, convirtiendo así el significado en una construcción social, y no ya individual (Gergen y Warhus, 2001). Surgió de forma ecléctica con fundamento en diversas aproximaciones de corriente hermenéutica y posestructuralista, llegó al ámbito de la psicoterapia a finales del siglo xx, particularmente en las corrientes de orientación sistémica de terapia familiar, insertándose después en las nuevas corrientes identificadas genéricamente como posmodernas o narrativas (Trujano y Limón, 2010).

En el ámbito terapéutico, el construccionismo implica pasar del énfasis en los fundamentos al énfasis en la flexibilidad, esto es, abandonar la creencia de que se debe trabajar desde la sola posición del fundamento teórico, se invita al terapeuta a utilizar los recursos de su contexto inmediato, actualizarse con la cultura y los cambios sociales, considerando, a su vez, que no existe una realidad objetiva aprehensible, sino que la realidad se trata de un constructo intersubjetivo, “socialmente negociado y legitimado” (Berger y Luckmann, 1997) y por tanto la terapia efectiva requiere discursos múltiples, incluyendo el cultural (Gergen y Warhus, 2001), en tanto cada aportación enriquece el rango y la flexibilidad de la interacción. Por supuesto, esta flexibilidad no implica el abandono de la teoría ni dejar de cuestionar los

resultados terapéuticos, sino incluir conocimientos externos al fundamento teórico objetivista para dar flexibilidad al encuentro terapéutico y ampliar el repertorio de significados<sup>11</sup>. En palabras de Gergen y Warhus (2001), el intento construccionista no representa un abandono de los valores tradicionales, sino: 1) amplía el rango de los valores considerados, puesto que cualquier resultado puede ser visto como positivo; y, 2) moviliza diálogos donde se discuten los valores o los resultados. El construccionismo social en la terapia se emplea en modalidades de tratamiento cuyas intervenciones promueven la emancipación de las personas que pudieran estar «atrapadas» en formas de ser y de pensar muy restrictivas o estigmatizantes (Trujano y Limón, 2010: 22).

Dado que el construccionismo concibe distintas formas de construir el mundo y que no existe una forma verdadera o superior a las demás, el terapeuta toma una posición de colaboración al acercarse al cliente, estableciendo una relación horizontal, al mismo tiempo que adopta una postura clara y explícita con respecto a sus creencias y valores, en lugar de asumir una posición de supuesta neutralidad (Gergen y Warhus, 2001). La relación científica tradicional de “causa-efecto” es reemplazada por la del fenómeno y el sentido (Zlachevsky, 2012), y la relación sujeto/objeto es sustituida por una relación compleja en que ambos, terapeuta y consultante, son sujetos de conocimiento modificando –y siendo modificados por– el objeto de conocimiento. En la orientación construccionista para la terapia

*“... las historias de vida de las personas no tienen por qué percibirse como «sanas» o «enfermas», únicas o inamovibles, ahistóricas o absolutas, falsas o verdaderas. Lo importante es analizarlas como construcciones sociales que pueden volverse a pensar, para poder «liberar» a las personas de preconcepciones rígidas o paralizantes y, con ello, vislumbrar la posibilidad de ampliar sus perspectivas de vida”. (Trujano y Limón, 2010: 27)*

El diálogo construccionista promueve cuatro transiciones en la posición y objetivos de la terapia, que son la flexibilidad, la conciencia de construcción, la colaboración y la relevancia

---

<sup>11</sup> Este elemento resulta crucial, pues a menudo se malinterpreta el construccionismo social como un relativismo que desdeña los conocimientos teóricos; esto no es así, la idea del construccionismo social es que los modelos teóricos son sólo uno de los múltiples conocimientos disponibles, por lo cual no pueden ser considerados como únicos verdaderos y universalmente válidos.

de los valores; y son, consecuentemente con estas transiciones, cinco las dimensiones de cambio a tratar con respecto a las terapias modernas o tradicionales, desplazando el énfasis: de la mente al discurso, del *self* a la relación, de la singularidad a la polivocalidad, de los problemas a la potencialidad futura y del *insight* a la acción (Gergen y Warhus, 2001). Esta centralidad en el discurso obedece a la postura hermenéutica del conocimiento, según la cual el lenguaje es el medio por el que se realiza la comprensión (Gadamer, 1984; en Trujano y Limón, 2010), en donde ocurre la comprensión (y construcción intersubjetiva de la realidad) como experiencia del mundo, puesto que el lenguaje no reside en el interior de las personas, sino entre ellas, pues las palabras sólo adquieren sentido y significado en el contexto de una relación particular (Zlachevsky, 2012: 241).

Al hablar de posmodernidad se apela a una corriente de pensamiento crítico que reflexiona sobre “lo moderno” y sus implicaciones, al hablar de posmodernidad en psicoterapia se sitúa la crítica a las terapias modernas desde una posición epistemológica informada por las corrientes hermenéuticas y cibernéticas del siglo xx. White y Epston se han referido a las terapias modernas como terapias “de aislamiento” (2005: 349), dado que incluyen una visión individualizante de la personalidad, la idea de que la persona es la fuente de todo significado, junto con las prácticas de objetivación de la persona y de su cuerpo, separan el *self* del contexto social.

Finalmente, y como parte de la revisión de la epistemología del modelo narrativo, hay que distinguir la diferencia entre la narrativa posestructuralista propuesta por White y Epston y la narrativa en psicoanálisis. El psicoanálisis es una modalidad terapéutica que también privilegia la narración y el relato, sin embargo, el psicoanálisis busca en ellos una verdad histórica, en cuya revelación yace el potencial curativo del tratamiento; mientras que el psicoanálisis narrativo de Schafer y Spencer el potencial curativo no se encuentra en esa verdad sino en la forma en que surgen esas verdades (Epston, White y Murray, 1996). Con respecto a esto,

*“Psicoanalíticamente se trataría de construir un relato verosímil, una «verdad narrativa» que no sólo da forma al pasado sino que se convierte en el pasado. Se*

*relativiza así la distinción entre «verdad narrativa» y «verdad histórica». A tal reconstrucción se le pide apenas que sea «llevadera».*” (Hornstein, 2006: 184)

Y continúa

*“El analista puntúa el discurso con intervenciones (y no sólo con interpretaciones). Liga elementos (...). Se trata entonces de posibilitar simbolizaciones estructurantes”.* (Hornstein, 2006: 186-187)

Así, mientras en psicoanálisis el analista interviene e interpreta de acuerdo a la configuración teórica del terapeuta y el encuadre terapéutico, para crear una historia verosímil, en la terapia narrativa la verosimilitud del relato depende de su significado por parte del consultante; el terapeuta no es quien “liga” los elementos que surgen del relato, sino que cuestiona a la persona sobre los que se encuentran implícitos, el sentido de los que se encuentran presentes, y sobre aquellos elementos nuevos que pueden integrarse al relato para ampliar su narración; no se trata de sustituir el relato de la persona por el del terapeuta, como tampoco de dar veracidad al relato a partir de su adecuación a la hipótesis que orienta el tratamiento.

## **2.2 PRINCIPIOS BÁSICOS Y PRINCIPALES REPRESENTANTES**

La terapia narrativa es una corriente cuyos principales exponentes son, por supuesto, sus creadores Michael White y David Epston, si bien existen más personas que se han dedicado a trabajar con este modelo y ampliarlo, las personas que pertenecen al centro fundado por White, *Dulwich Centre*, en Adelaida, han tenido importantes aportaciones a este enfoque, y son quienes tras la muerte de White se dedican a las publicaciones y actualizaciones de este enfoque; entre estas personas destacan Cheryl White, Maggie Carey y Michel Durrant, en América Latina Ítalo Latorre, en Inglaterra Martin Payne, y en otros países cada vez son más quienes realizan importantes aportaciones a este modelo, desafortunadamente no todos los textos son de fácil acceso en México, aunque en nuestro país hay autores como Limón Arce y Campillo que han colaborado en la comprensión de este modelo de intervención.

- **Conceptos principales**

La terapia narrativa parte de la idea fundamental de que para entender nuestras vidas y expresarnos a nosotros mismos, la experiencia debe relatarse, es precisamente el hecho de relatar lo que determina el significado que se atribuirá a la experiencia (White y Epston, 1993, 1996, 2005). Los significados con los que las personas afrontan el mundo (y se lo explican [Berger y Luckmann, 1997] para desenvolverse en él) nacen siempre desde un contexto relacional, en el que no sólo se utilizan palabras para comunicarse, sino que se emplean la forma de vestir, de caminar, de expresarse, los gestos y los modales, como forma de lenguaje; cada una de las formas de expresión apoya lo que se dice, de donde resulta que al hablar de discurso no debe restringirse a la idea del discurso *hablado* (Zlachevsky, 2012).

La significación que las personas atribuyen a sus experiencias es lo que determina sus vidas. Es el relato o la narración o la historia lo que suministra el marco primario a la interpretación, a la actividad de dar sentido o significación; es por obra de los relatos o historias cómo las personas juzgan sus propias vidas y las vidas de los demás al encontrar sentido en su experiencia. Estas historias determinan no sólo la significación de la experiencia sino también determinan en gran medida qué aspectos de la misma las personas eligen expresar. Y, asimismo, en la medida en que la acción está prefigurada en el dar significación, esas historias determinan efectos reales en cuanto a modelar la vida de las personas; la metáfora narrativa propone que las personas viven sus vidas de conformidad con historias, que esas historias son modeladoras de la vida y que tienen efectos reales, no imaginados, de modo que dichas historias procuran la estructura de la vida (White, 2004: 31).

Bruner (1986; en White, 2004: 31-32), al referirse a los textos, propone la idea de que las historias están compuestas de panoramas duales: un panorama de acción y un panorama de conciencia. El panorama de acción está constituido por a) hechos eslabonados en b) secuencias particulares a través de c) la dimensión temporal (pasado, presente y futuro) y de conformidad con d) tramas específicas. En un texto, el panorama de acción suministra al lector una perspectiva de la temática de los hechos que se desarrollan en el tiempo. El panorama de conciencia están principalmente constituido por las interpretaciones de los personajes que figuran en la narración y también por las interpretaciones del lector cuando

éste penetra, por invitación del autor, en la conciencia de esos personajes. El panorama de conciencia comprende las significaciones (deseos, motivos, creencias, etc.) dadas por los personajes y los lectores al “reflexionar” en los sucesos y tramas a medida que éstos se desenvuelven en el panorama de acción.

Cuando estos deseos, cualidades, estados intencionales y creencias están suficientemente elaborados por el texto, se unen para formar “compromisos” que determinan trayectorias particulares en la vida, “estilos de vida”. Al suponer que hay identidad en la estructura de las historias o relatos que cuentan las personas e interesarse por la constitución de las vidas a través de las historias, se pueden considerar los detalles de la manera en que las personas viven sus vidas en los panoramas de acción y los panoramas de conciencia (White, 2004: 31-32).

Para White (2004), existe un cierto grado de determinación e indeterminación de la vida a partir del relato. Las historias de las personas rara vez están construidas “radicalmente”, no están hechas según un molde, las historias culturalmente accesibles y apropiadas sobre la personalidad y sobre las relaciones se elaboraron históricamente y se construyeron en el seno de comunidades de personas y dentro del contexto de estructuras e instituciones sociales; tales historias están inevitablemente estructuradas por conceptos culturales dominantes. Esos conocimientos no se refieren a descubrimientos relativos a la “naturaleza” de las personas ni a las relaciones, sino que son conceptos elaborados que especifican un particular estilo de personalidad y de relación (White, 2004: 32), y en cierta medida determinan el relato y en consecuencia éste tiene un alto nivel de determinación en la vida de las personas, pues por medio de este marco de referencia interpreta sus experiencias. Sin embargo, a pesar de que tales historias contribuyen a asegurar cierta determinación en la vida, rara vez abarcan todas las contingencias que aparecen en la “vida como se vive” de una manera total; las historias que las personas refieren están llenas de lagunas e inconsistencias y contradicciones, las cuales hacen que las personas se empeñen activamente en encontrar una significación única, o “dar la significación” como habría dicho Bruner (1990, en White, 2004: 33).



La terapia es vista como un proceso conversacional con la *intención* de facilitar/co-crear/co-escribir una nueva narración, junto con los clientes, sin imponerles una historia (ni las ideas del terapeuta); el punto de partida será siempre el relato del cliente acerca de su comprensión del mundo, el terapeuta no se ve a sí mismo como experto, sino como un facilitador de esta conversación terapéutica (Lax, 1996; en Gergen y McNamee, 1996). La terapia de re-escritura se lleva a cabo bajo la mirada del terapeuta como un *servicio* de ayuda, dentro de un proceso dialogal (Epston, White y Murray, 1996).

Lo conocido del mundo depende de la experiencia de él, sólo se puede conocer a través de la interpretación, y en consecuencia sólo se pueden interpretar las expresiones de la experiencia de otros a partir de la propia experiencia y la imaginación del terapeuta, «identificar» la propia experiencia a partir de la experiencia expresada por otros, de modo que la «empatía» es un factor decisivo en la interpretación o comprensión de las experiencias de los demás (Epston, White y Murray, 1996: 121). El discurso es conversación con otros y proceso social, no refleja la realidad sino que es un elemento del proceso social mismo (Rorty [1979] en Lax, 1996; en Gergen y McNamee, 1996).

*“En terapia pueden surgir nuevas narraciones/perspectivas por medio de la interacción de las expresiones y metáforas del cliente con las del terapeuta. Así, el terapeuta puede percibir lo que no dicen los clientes y devolverles una visión diferente en forma de reflexión”* (Lax, 1996: 97, en Gergen y McNamee, 1996).

Las historias permiten a las personas vincular aspectos de su experiencia a través de la dimensión temporal, y por medio de ellas se obtiene el sentido de cambio y el sentido vital – el conjunto de acontecimientos de la vida en el curso de la historia reciente–; los relatos construyen inicios y finales para las experiencias, a las cuales les son atribuidos significados, a partir de destacar ciertas experiencias en detrimento de otras se otorga un sentido al relato (Epston, White y Murray, 1996).

*“Al considerar el papel fundamental que desempeñan los relatos en relación con la organización de la experiencia, se puede argumentar que:*

- 1- *Los relatos en los que situamos nuestra experiencia determinan el significado que damos a la experiencia.*
- 2- *Estos relatos son los que determinan la selección de los aspectos de la experiencia que se expresarán.*
- 3- *Estos relatos son los que determinan la forma de la expresión que damos a esos aspectos de la experiencia.*
- 4- *Estos relatos son los que determinan los efectos y orientaciones reales en nuestra vida y en nuestras relaciones”.* (Epston, White y Murray, 1996: 123).

La expresión de la experiencia a través de los relatos modela o construye las vidas y las relaciones, por medio del proceso mismo de la interpretación dentro del contexto de las historias en las que ingresa uno mismo o en las que es introducido por otros (Epston, White y Murray, 1996).

De acuerdo con Epston, White y Murray “el principio más significativo que informa la práctica de la «terapia de re-escritura» es la autoconstrucción” (1996: 138), puesto con cada representación, las personas reescriben sus vidas y sus relaciones, se adueñan de las historias y las hacen propias.

En este modelo, se considera el problema como una construcción discursiva socialmente mediada. El problema puede surgir cuando las personas se adhieren a historias experimentadas como opresivas, asumen etiquetas que los restringen o limitan, lo que puede llegar a convertirse en una «profecía autorrealizable» (Trujano y Limón, 2010: 25-26).

### **Proceso terapéutico**

Inspirados por los rituales descritos por Van Gennep (1960, en White y Epston, 2005) y ampliados por Turner (Payne, 2002), White y Epston adoptaron la metáfora del rito de pasaje, que Van Gennep describe como un fenómeno que en la vida social está destinado a facilitar las transiciones de una condición o identidad a otra, y que consta de tres etapas: la de separación, la de liminalidad y la de reincorporación; en las culturas tradicionales una ceremonia marca el inicio de cada etapa. En la etapa de *separación* las personas son

apartadas de los roles que les son familiares e ingresan en un mundo social desconocido, la mayoría de los modos de vida que daban por sentados quedan en un estado de suspensión, con lo que se crea el espacio *liminal*. El espacio liminal, que constituye la segunda etapa del rito de pasaje, está entre dos mundos, sin pertenecer a ninguno de ellos, y se caracteriza por experiencias de desorganización y confusión, un afán de explorar y un mayor sentido de la posibilidad. La tercera etapa es la *reincorporación*, cierra el rito de pasaje y ayuda a las personas a reubicarse en el mundo social que conocen pero en una posición diferente, que conlleva nuevos roles, responsabilidades y libertades, tradicionalmente es realizada por afirmaciones y declaraciones de que la persona ha logrado negociar una transición, reconocimiento que legitima la comunidad (White y Epston, 1993, 1996 y 2005; White, 2000, 2002a y 2002b).

El proceso de terapia en el modelo narrativo es un ir y venir, un “zigzag” entre las diferentes técnicas aplicadas para la conversación (Morgan, 2000). La fase de separación comienza con el inicio de la terapia, con la externalización de los problemas; el proceso terapéutico corresponde a la fase liminal del rito de pasaje, y el término o cierre del tratamiento corresponde a la fase de re-incorporación, en la cual la persona regresa a su comunidad, al contexto social de su vida cotidiana, con una identidad enriquecida y un nuevo relato, que son legitimados por *otros* que son significativos para la persona.

La identidad personal está constituida por lo que las personas “saben” de sí mismas y cómo se describen, cuando las personas con quienes alguien interactúa le atribuyen ciertas características o problemas, están ejerciendo poder sobre él al “representar” ese conocimiento; por ello, en el terreno de lo social, conocimiento y poder están inextricablemente unidos (Castillo, Iedo y Calzada, 2012). Cuando se pueden identificar estas técnicas encubiertas resulta más sencillo modificar la relación de las personas con el problema (Tomm, 1989; White, 2004). Las historias que llevan a las personas a terapia son historias “saturadas de problema “ (White y Epston, 1993), se trata de historias “delgadas” que concluye en la identidad de las personas de una forma negativa, pues las conclusiones delgadas sustraídas del relato dominante son vistas como verdades de la identidad de la persona, que verifican la historia dominante al encontrar evidencia que la soporta, haciendo

más difícil para la persona encontrar historias alternativas que presenten una mejor imagen de su identidad (Castillo, Ledo y Calzada, 2012; Payne, 2002; Tarragona, 2010, 2013; White y Epston, 1993; White, 2002a, 2002b, 2004).

Las historias alternativas son historias identificadas por los consultantes que van en dirección a la vida que desean, reducen la influencia del problema en su vida y crean nuevas posibilidades de vida a futuro; por ello, el proceso de la terapia narrativa persigue la creación de una descripción rica y detallada de las historias alternativas y cómo se vinculan con las de otros (Castillo, Ledo y Calzada, 2012; Payne, 2002; White y Epston, 1993; White, 2002a, 2002b, 2004). La terapia narrativa es entonces una terapia de re-escritura de la propia vida (White, 2002a, 2002b), que obtiene como resultado una historia alternativa de vida multi-historiada; la historia alternativa no sólo es rica, también es flexible y abierta a posibilidades futuras (tanto positivas como negativas que habrán de afrontarse con los recursos resucitados en el proceso terapéutico); esta historia se logra al concatenar los resultados únicos ligados a un tema de competencias, valores, habilidades, principios y motivaciones personales, en un relato coherente, que visibiliza los recursos de la persona, para afrontar tanto conflictos pasados como venideros.

La clase de argumento en el que se coloca un evento hace una diferencia significativa en los efectos que ese hecho tiene en la vida de una persona; las personas no elaboran esos argumentos de la nada, sino que están moldeados por muchas influencias, interacciones, acontecimientos y relaciones más amplias de poder (Carey y Russell, 2003).

El trabajo comienza con nombrar el problema, con un nombre aceptable –que abarque sus múltiples dimensiones– que será tratado como externo a la persona; después se atribuyen al problema intenciones y tácticas opresivas, en ocasiones a través del empleo de la metáfora (Castillo, Ledo y Calzada, 2012; Tarragona, 2010, 2013; White y Epston, 1993; White, 2002a, 2002b, 2004).

La siguiente fase es la reescritura, que se inaugura con los logros únicos o acontecimientos extraordinarios (Castillo, Ledo y Calzada, 2012; Payne, 2002; Tarragona, 2010, 2013; White y Epston, 1993; White, 2002a, 2002b, 2004), que se trata de encontrar evidencia histórica que

de soporte a una nueva visión de la persona como suficientemente competente para enfrentarse al problema y su efecto opresor; esta evidencia es utilizada para tender puentes a un nuevo territorio en el que la persona tiene una historia de vida diferente a la original (saturada de problema), enriquecida con aspectos morales, habilidades, competencias y principios que ella tiene.

Las conversaciones de re-autoría tienen lugar en el encuentro terapéutico (aunque no exclusivamente), esta práctica está basada en la suposición de que no es posible que ninguna historia pueda englobar la totalidad de la experiencia de una persona, pues siempre habrá inconsistencias y contradicciones; siempre habrá otros argumentos que puedan ser creados para los eventos. Las identidades no están hechas de una sola historia, por lo que las conversaciones de re-autoría involucran la co-autoría de argumentos que ayuden a dirigir los predicamentos de las personas que acuden a consulta. Estos argumentos alternativos tampoco son creados de la nada, tal como la historia problemática dominante, las historias alternativas son también eventos concatenados en el tiempo vinculados a un tema (Carey y Russell, 2003).

### **Terminación de la terapia**

En las terapias modernas hay un énfasis en la idea de la «terminación como pérdida», se ve a la persona como “dependiente” del terapeuta y la finalización de la terapia como el inicio de una fase de “duelo” (White y Epston, 2005). White y Epston señalan que si bien la transición de la condición de “paciente” a la de “persona plena” resulta importante, la metáfora de la pérdida refuerza la dependencia del «conocimiento experto», por lo que no legitima el papel que la persona desempeña en el proceso terapéutico, en virtud de lo cual en terapia narrativa la metáfora de “pérdida” es sustituida por la de “rito de pasaje” de una identidad a otra; este pasaje se centra en que la persona se una a otras en un mundo social y que alienta a las personas a asumir su rol en la superación de la historia saturada de problema (2005, 1993 y 1996; White, 2000, 2002a, 2002b).

En el proceso terapéutico que asume la metáfora del rito de pasaje, ésta sirve para orientar a los terapeutas al asistir a las personas que solicitan el tratamiento en su transición de unas

condiciones problemáticas a otras no problemáticas (White y Epston, 2005), en esta metáfora la terapia alienta a las personas a negociar en el pasaje de cliente a consultor, este método permite a las personas llegar a un punto en el que pueden recurrir a pensamientos alternativos y especiales liberadores que ellas mismas han rescatado o generado durante el tratamiento. La etapa final, la reincorporación, cierra la terapia, los conocimientos alternativos resucitados o generados en el curso del tratamiento quedan autenticados en presencia de testigos; la reincorporación al sistema más amplia (familia y comunidad) permite hacer realidad las posibilidades de renovación de la identidad (White y Epston, 1993 y 2005). Las prácticas de reincorporación incluyen “técnicas rituales” que comprenden: 1) celebraciones, otorgamiento de premios y distinciones con asistencia de personas significativas, incluidas aquellas que no asistieron a la terapia (personas significativas de la comunidad de origen de los consultantes); 2) «comunicados de prensa», redactados específicamente para anunciar a varias personas y agencias significativas que el individuo ha arribado a una nueva condición; 3) declaraciones personales y cartas de referencia; y, 4) consultas formales a otras personas, acerca de los conocimientos de soluciones que les permitieron liberar sus vidas y de sus conocimientos alternativos sobre su vida y sus relaciones, denominadas “consultar a los consultantes” (White y Epston, 2005: 353).

Las prácticas de terminación de la terapia propuestas por White y Epston alientan a las personas a documentar y reconocer de qué manera han resistido y superado las historias dominantes, saturadas de problema, organizadas en torno a sus problemas, síntomas y «patologías» socialmente atribuidos (1993), los documentos terapéuticos o “contradocumentos” (1993), las ceremonias de definición y consultar a los consultantes como expertos en su vida

*“... alientan a las personas a desplegar más hábilmente sus conocimientos, acrecentar su autoridad en las materias que les interesan y reducir su dependencia de conocimientos expertos. Estamos convencidos de que los conocimientos de soluciones personales pueden ser más viables, duraderos y eficaces que los conocimientos «expertos» importados, dada la excesiva frecuencia con que estos últimos discapacitan a quienes buscan ayuda, induciendo en ellos una embotada actitud de pacientes. Visto*

*desde esta perspectiva, el uso ingenioso de las preguntas terapéuticas puede ayudar a transformar la terminación de la terapia, de un proceso marcado únicamente por la pérdida y la disminución, en otro que brinda la posibilidad de obtener un beneficio genuino y una autoría más rotunda de la historia de nuestra propia vida” (2005: 386).*

Así pues, al utilizar el rito de pasaje para escuchar a las personas y documentar los conocimientos prácticos que ayudaron a liberarlas de sus problemas, adquiridos con esfuerzo, las personas se tornan constructoras de conocimientos y personas bien informadas, capacidades que son autenticadas por el terapeuta y las audiencias relevantes, tanto actuales como futuras (White y Epston, 2005).

#### ○ **Cambio**

La terapia de re-escritura,

*“... se basa en la premisa de que las vidas y las relaciones de las personas son moldeadas por los conocimientos y relatos que usan para dar significado a sus experiencias, y por ciertas prácticas del yo o de las relaciones que se vinculan con aquellos conocimientos y relatos. Una terapia de re-escritura pretende ayudar a las personas a resolver problemas por los siguientes medios: 1) permitiéndoles separar sus vidas y relaciones de los conocimientos/relatos que sean empobrecedores; 2) ayudándoles a cuestionar las prácticas del yo y de las relaciones que sean opresoras; 3) alentando a las personas a re-escribir sus vidas según conocimientos/historias y prácticas del yo y de las relaciones alternativas, que tengan mejores desenlaces”.*  
(Epston, White y Murray, 1996: 134)

El cambio es una autorización que se debe adquirir a una audiencia por medio de intercambios legítimos. La terapia de re-escritura reconoce el poder del texto para autenticar ciertas formas de cambio personal (Epston, White y Murray, 1996). Tomm (1989: 10) coincide con Maturana en que “la mente no está en el cerebro”, sino que surge de la interacción lingüística que se establece entre los actores humanos, por consiguiente, “la

conciencia es fundamentalmente algo social”, ello implica que las transformaciones de los pasajes de conciencia deberían darse, entonces, en el ámbito social.

Las técnicas de externalización, lo ausente pero implícito y andamiaje, favorecen la internalización de la posición como agente, esto es, la responsabilización y toma de posición en el control de la dirección de la propia vida, asumiendo que a cada decisión y acciones les corresponderán consecuencias. En consecuencia, esta internalización abre la pauta para que la persona decida qué acciones modificar y cuáles mantener, con base en sus valores, principios y esperanzas. En última instancia,

*“(…) gran parte de la técnica de internalizar la posición como agente es coherente con algunos aspectos de la terapia de la conducta y de la práctica psicoterapéutica tradicional. Pero, poner el acento en la reconstrucción de la identidad o la personalidad del paciente, mediante preguntas específicas, ofrece un mayor refinamiento”. (Tomm, 1989: 15)*

Los consultantes son incitados a advertir las posibilidades que tienen de actuar contra el problema ya externalizado. Consecuentemente, la persona puede alcanzar una mayor sensación de su posición como agente y la conversación terapéutica llega a ser un proceso capacitador para ella. Una vez que el consultante elige el camino que desea seguir, el terapeuta debe asistirlo a llevar adelante esa rebelión contra la opresión del problema, no se ejerce sobre la persona presión alguna ni influencia sobre cuál ha de ser su curso de acción, sólo se señala que existen opciones entre las cuales puede elegir. Esto hace que los pacientes sientan que tienen más espacio y más libertad para explorar nuevas formas de percepción, de pensamiento y de acción (Tomm, 1989: 12-13).

Así pues, el cambio se presenta como resultado del enriquecimiento de la historia de vida mediante la inclusión de las motivaciones de la persona, sus recursos y logros sobre el problema, así como mediante la identificación de aquellos aspectos de su identidad que contradicen los discursos empobrecedores, tanto culturales como de su contexto relacional, y deconstruyendo los discursos sociales que no le benefician en la realización de sus objetivos ni abonan a su identidad preferida. La modificación de las conductas negativas para



la persona se presenta “naturalmente” al asumir la persona que ella es la responsable por la dirección que toma su vida, y que de sus acciones y decisiones depende el sostenimiento de su versión preferida de sí misma, de modo que se eligen los estilos de vida adecuados a la identidad preferida.

El cambio depende del desarrollo de conceptos y nuevos significados, concatenados con la vida, aspiraciones y recursos de la persona; el sentido es lo que guía la acción.

#### ○ **Objetivos de la terapia narrativa**

La terapia narrativa abarca distintos temas y cada terapeuta se involucra también de distinta manera con estas ideas (Morgan, 2000; Zlachevsky, 2012: 249), por lo que los objetivos de la terapia pueden presentarse de manera distinta en cada caso. Sin embargo, en términos generales, los objetivos de la terapia narrativa son:

- a) Re-crear la identidad a partir de una imagen de sí mismo que contemple los recursos personales (y no las deficiencias), los motivos y aspiraciones (White y Epston, 1993, 2005; White, 2000, 2002a, 2002b).
- b) Generar un relato de vida “rico” que apoye la identidad preferida de la persona y le posibilite asumir los cambios, afrontarlos con sus recursos e identificar los aspectos significativos que le asistieron a resolver los conflictos que la empobrecían, y a cuyos conocimientos adquiridos puede acudir para resolver problemas futuros (Morgan, 2000).
- c) Visibilizar los discursos de poder implícitos en la cultura y el contexto relacional que imponen estilos de vida y “modos de ser” empobrecedores (White, 2004).
- d) Internalizar la agencia personal a fin de asumir la responsabilidad por dirigir la propia vida hacia aquello que se considera deseable (Tomm, 1989).
- e) La orientación de la terapia es co construir una narrativa nueva, que emerja desde las propias creencias del consultante, que elimine su sufrimiento o le permita abordar su problema de manera diferente (Zlachevsky, 2012:255).

### 2.3 TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

La terapia narrativa tiene diversas técnicas de intervención, un problema al que se enfrenta quien se acerca a este modelo es comprender que las técnicas tienden a superponerse y solaparse entre sí, por lo que si bien es posible separarlas para fines académicos, en la práctica clínica no se encuentran tan separadas entre sí, y a menudo se presentan simultáneamente, pueden presentarse a lo largo de la sesión, en diferentes sesiones o incluso estar ausentes. Las técnicas, aunque breves en cantidad, permiten una amplia maniobrabilidad al terapeuta, pues éste debe exponer sus preguntas y proponer documentos y tareas de manera creativa, por lo que cada persona que aplica este modelo lo hace de manera única, “hay tantas formas de aplicar estas técnicas como terapeutas que las utilizan” (Morgan, 2000), por lo que no debe confundirse la pequeña cantidad de técnicas con pobreza o limitación en el modelo.

**Doble escucha.** La doble escucha es una técnica que se utiliza en todas las sesiones terapéuticas con modelo narrativo, a lo largo de toda la sesión; es tanto una técnica como una actitud del terapeuta, específicamente dedicada a cómo escuchar los discursos/relatos del consultante. La doble escucha implica que el terapeuta atienda: por un lado, el relato dominante, de dolor y desasosiego de la persona, que valide su historia dolorosa y los efectos de los conflictos en su vida; y por otro lado, el terapeuta escucha todos aquellos elementos que contradicen la imagen negativa de la persona y el relato dominante, que dan cuenta de sus recursos, las ocasiones en que ha logrado reducir o eliminar la influencia del problema (logros únicos), sus estrategias y capacidades de afrontamiento. Así pues, el terapeuta doble-escucha porque atiende dos aspectos diferentes del relato, de manera simultánea, e interroga sobre cada uno de ellos (White y Epston, 1993; White, 2002b).

**Deconstrucción.** Deconstruir para re-construir significados no implica causar crisis ontológicas ni “manipular” las creencias del consultante (Gergen y Warhus, 2001), se trata de co-construir significados más amplios mediante el análisis crítico de los significados precedentes y de los discursos interiorizados.

La deconstrucción tiene que ver con procedimientos que subvierten realidades y prácticas que se dan por descontadas, hacen extrañas esas realidades y prácticas familiares al objetivarlas (externalizarlas); los métodos de deconstrucción son métodos que “vuelven exótico lo doméstico” (White, 2004: 29), lo cual facilita la “reapropiación” del yo, puesto que permite a las personas tomar conciencia de la medida en que ciertos “modos de vida y de pensamiento” modelan la existencia y que, por lo tanto, es posible estar en condiciones de decidir vivir según otros “modos de vida y de pensamiento” (White, 2004).

La deconstrucción puede considerarse también en otros sentidos: por ejemplo, la deconstrucción del relato del yo y los conceptos culturales dominantes de conformidad con los cuales viven las personas; la deconstrucción de prácticas del yo y de su relación, prácticas que son predominantemente culturales; y la deconstrucción de las prácticas discursivas de la cultura. Deconstruir significa hace visibles las ideologías, discursos sociales de la comunidad de procedencia y/o la familia de origen, prácticas sociales, mecanismos de reproducción cultural y dispositivos de poder que definen y determinan la significación que la persona atribuye a su experiencia y su identidad (White, 2004: 29-30).

#### *Prácticas de poder.*

White considera las “prácticas de poder” como constitutivas del “sujeto” moderno “por cuanto en virtud de estas prácticas las personas modelan sus vidas de conformidad con especificaciones dominantes del modo de ser, aquellas pueden considerarse técnicas de control social” (2004: 43).

Para White (2002b, 2004) las tecnologías de poder objetivan al sujeto que determinan la conducta de los individuos y los someten a ciertos fines o a cierta dominación. El modelo foucaultiano retomado por White establece un sistema de poder en el cual: la fuente de poder es invisible para quienes lo experimentan más intensamente; las personas están aisladas en su experiencia de sometimiento; se incita a las personas continuamente a evaluarse a sí mismas, a vigilarse, y a obrar en sus cuerpos y almas para hacerlas dóciles; el poder es autónomo en la medida en que quienes participan en el sometimiento de los demás son, a su vez, “instrumentos” del poder (White, 2004: 44).

Los mecanismos y las estructuras de este moderno sistema de poder inducen a las personas a colaborar en el sometimiento de sus propias vidas y en la objetivación de sus propios cuerpos, de la manera en que las personas se convierten en “complacientes” participantes para disciplinar o vigilar sus propias vidas (White, 2004: 44-45). Este “ardid” consiste en que los modos de ser “deseados” (prácticas que se ajustan a) verdades dominantes están en especificando la vida de las personas y sus relaciones; esos resultados correctos son modos de ser particulares, prescritos; muchos modos de conducta “reflejan nuestra colaboración en controlar o vigilar nuestras propias vidas, así como las vidas de los demás”, reflejan una colusión en la especificación de vidas de conformidad con los conceptos culturales dominantes. (White, 2004: 45-46)

*La deconstrucción de las prácticas de poder.*

En terapia, la objetivación de estas prácticas de poder familiares y dadas por descontadas contribuye a deconstruirlas, esto se logra incitando a las personas a externalizar vivencias relacionadas con dichas prácticas. Cuando las prácticas de poder quedan desenmascaradas, las personas pueden asumir una posición respecto de ellas y contrarrestar la influencia que tienen en sus vidas y relaciones (White, 2004: 43-44).

Las tecnologías de poder que impulsan las prácticas que se deconstruyen son:

a) Las tecnologías del yo y del sí mismo, es decir, el sometimiento del yo en virtud de la disciplina del cuerpo, del alma, del pensamiento y de la conducta según modos de ser específicos (incluso las diversas operaciones que modelan los cuerpos de conformidad con los conceptos específicos de sexo).

b) Las tecnologías de poder: el sojuzgamiento de otras personas mediante técnicas tales como el aislamiento y la vigilancia y mediante la continua evaluación y comparación.

Como resultado de esa deconstrucción, las personas son capaces de rechazar esos efectos así como aquellas estructuras consideradas injustas (White, 2004: 47).

### *Prácticas del saber.*

Desde la perspectiva de White (2004), las disciplinas profesionales han logrado desarrollar prácticas y técnicas de lenguaje según las cuales esas disciplinas tienen acceso a la “verdad” del mundo, semejantes técnicas fomentan en las personas la creencia de que los miembros de esas disciplinas tienen acceso a una explicación objetiva y sin prejuicios de la realidad y de la naturaleza humana. Estas prácticas del lenguaje introducen modos de hablar y de escribir que se consideran racionales, neutros y respetables pues ponen el acento en conceptos de autoridad y en la vida impersonal del experto, expresan conceptos que se consideran “globales y unitarios”; son exposiciones que encubren las pugnas históricas relacionadas con su poder y encubren incluso, las múltiples resistencias que han encontrado. A las personas les resulta difícil poner en tela de juicio estos conocimientos globales y unitarios, porque tales prácticas de lenguaje comprenden la prohibición de plantear cuestiones sobre sus contextos sociales, políticos e históricos. Estos discursos de “verdad” muestran como conclusa, segura, fija y permanente la naturaleza del mundo que es abierta, vaga, transitoria y cambiante; otras maneras de hablar/escribir se ocultan o, si se consideran que son inferiores, generalmente se las excluye (White, 2004: 49- 50).

### *Desconstrucción de las prácticas del saber*

Los terapeutas pueden contribuir a deconstruir el saber de los expertos al considerarse ellos mismos “co-autores” de otros conceptos y prácticas y al realizar un esfuerzo concertado a fin de establecer un contexto en el cual las personas que buscan ayuda terapéutica tengan el privilegio de ser los autores primarios de esos conceptos y prácticas. El terapeuta es capaz de deconstruir y dar cuerpo a sus respuestas (incluso preguntas, comentarios, pensamientos y opiniones), pues las sitúa dentro del contexto de su propia experiencia personal, de su imaginación y de sus estados intencionales. Esto puede designarse como una condición de “transparencia” del sistema terapéutico, pues contribuye a crear un contexto en el cual las personas son más capaces de decidir por sí mismas la manera de tomar las respuestas del terapeuta (White, 2004: 50-52).

### *Deconstrucción del relato*

Finalmente, también es posible deconstruir el relato mediante las técnicas de externalización y de lo ausente pero implícito. Las distintas prácticas terapéuticas “deconstructivas” ayudan a que las personas experimentan cierta sensación de “acción”, la cual se debe a la experiencia de escapar de la condición de ser un “pasajero” en la vida y a la sensación de ser uno capaz de desempeñar un papel activo en la modelación de la misma; esta sensación de acción personal nace cuando la persona advierte hasta qué punto ciertos modos de vida y de pensamiento dan forma a su existencia y cuando se lleva a cabo alguna decisión respecto de los modos de vida y pensamiento según los cuales es posible vivir. Las prácticas terapéuticas deconstructivas ayudan a las personas a apartarse de los modos de vida y pensamiento que, según ellas, empobrecen sus propias vidas y las vidas de los demás, además, provocan en el terapeuta y en las personas que buscan ayuda terapéutica una curiosidad respecto de versiones alternativas de lo que pudiesen ser esas personas, una curiosidad sobre cómo las situaciones pudieran ser de otra manera, sobre lo que trasciende las versiones totalizadoras que las personas tienen de sus vidas y que trascienden aquellas prácticas dominantes del yo y de sus relaciones (White, 2004: 52).

**Externalización.** Es un abordaje terapéutico en que el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o a la relación a la que se atribuía (White y Epston, 1993). La externalización

*“... es un recurso de la terapia que alienta a las personas para que objetivicen y, a veces, personifiquen los problemas que experimentan como opresores. Dentro de este proceso, el problema se convierte en una entidad separada y, por lo tanto, exterior a la persona o a la relación que se identificaba como problema. Las cualidades fijas que se atribuyen a personas y a relaciones y los problemas considerados inherentes, resultan ser menos fijos y menos restrictivos. La exteriorización del problema permite a las personas separarse de las historias dominantes que han estado modelando sus vidas y sus relaciones. Al hacerlo las personas pueden identificar ciertos aspectos vitales pero anteriormente negados de las experiencias vividas, aspectos que no se pudieron prever a partir de la lectura de la historia dominante (...) Cuando se identifican estos*

*desenlaces singulares, se puede animar a las personas a realizar actualizaciones de significado en relación con ellos. Para tener éxito se requiere enmarcar el desenlace singular en la trama de una historia alternativa sobre la vida de la persona". (Epston, White y Murray, 1996: 135)*

Esta externalización genera un "contra lenguaje", (o siguiendo a Epston [en White, 2004] un "anti lenguaje"). Este externalizar conversaciones alienta a las personas a identificar las historias privadas y los conocimientos culturales de conformidad con los que viven, esos conocimientos e historias que guían sus vidas y que les hablan de su propia identidad. Esa externalización ayuda a las personas revelar, con el tiempo, la constitución de su yo y de sus relaciones (White, 2004: 33). La técnica psicoterapéutica de "externalización del problema" propone una separación lingüística que distingue el problema de la identidad personal (Tomm, 1989: 9).

Este proceso de externalización se inicia alentando a las personas a que den cuenta de los efectos que tienen en sus vidas los problemas que las aquejan, luego se les incita a señalar la influencia que esas concepciones o percepciones tienen en sus vidas, incluso en sus interacciones con los demás; a esto suele seguir alguna investigación de cómo las personas fueron inducidas a abrazar tales concepciones. A medida que las personas se entregan a esta operación de externalizar sus historias privadas, dejan de hablarles de su identidad y de la verdad de sus relaciones, "dichas historias privadas ya no penetran en la vida de las personas", quienes experimentan una separación de semejantes historias, una alienación respecto de ellas. En el espacio establecido por esa separación, las personas quedan en libertad de explorar otras ideas preferidas sobre lo que ellas mismas podrían ser, otros conceptos preferidos que las personas podrían incorporar en su vida (White, 2004: 33-34).

Cuando se ha distinguido que el problema es externo y no la persona, se reducen significativamente las complicaciones relacionadas con la crítica, la censura y la culpa; puesto que la censura tiende a limitar y la culpa tiende a constreñir, reducirlas tiene un efecto liberador, lo cual abre un espacio que permite explorar nuevas formas de resolver el problema (Tomm, 1989: 11)

La violencia y la agresión no se externalizan, es posible externalizar creencias que la motivan o estimulan, pero no las acciones. Ello se debe a que la externalización es una metáfora que sirve para poner en perspectiva los problemas; la técnica de externalización del problema no excluye la responsabilidad personal, sólo la enfoca y la pule, pues se incita a los consultantes a reconocer que tienen la opción de continuar sometiéndose a la influencia del problema externalizado o de declinar la incitación a someterse (Tomm, 1989: 12).

La externalización supone dos aspectos esenciales para la comprensión de los conflictos del consultante: Trazar la historia del problema y realizar Preguntas de influencia relativa. La historia del problema ayuda a conocer el origen del problema, sus efectos, cómo ha evolucionado, y vinculado con ello, las preguntas de influencia relativa señalan: a) la influencia que el problema tiene en la vida de la persona; y, b) la forma en que la persona influye en la persistencia del problema –cómo “le da vida”, lo alimenta, lo incrementa o disminuye– (White y Epston, 1993; White, 2002b).

El proceso de externalización del problema es progresivo. Este proceso es particularmente curativo porque constituye un eficaz antídoto contra un proceso patologizante, inadvertido pero omnipresente dentro de la interacción humana: el rótulo negativo –la “identidad deteriorada” del estigma, en términos de Goffman (2006)–, así que externalizar el problema es una técnica terapéutica que abre un espacio que permite “deshacer” algunos de los efectos negativos de la rotulación social (Tomm, 1989: 12).

**Exploración de las respuestas frente al trauma.** Latorre (2012) y Yuen (2009), inspirados en el trabajo narrativo comunitario de Denborough, proponen la exploración de las respuestas a la experiencia traumática como forma de extraer y visibilizar la historia subordinada al relato dominante, que sienta las bases para el relato preferido. El objetivo particular de esta técnica es encontrar las respuestas de la persona (físicas y/o mentales) al evento traumático, a fin de promover “la internalización de la agencia personal” (Tomm, 1989). Latorre (2012: 29) y Yuen (2009) afirman que las conversaciones de doble escucha proveen un contexto para el desarrollo de un relato de la experiencia que es multi-historiado; esto es, la historia del trauma y sus efectos pero además la historia de las personas al sufrimiento y sus cimientos, constituidos por sus conocimientos de vida y las habilidades para vivir que apoyan estas



respuestas, teniendo como resultado la expansión del territorio preferido de las vidas de las personas y la promoción de la agencia personal.

Contar y oír la historia del trauma es importante, pero los efectos que tenga dependerán de cómo y en qué contexto ocurra. En las conversaciones uni-historiadas, informadas por las nociones modernas de catarsis, existe el riesgo de contribuir a la re-traumatización y a la renovación de la angustia, también al refuerzo de las conclusiones negativas de identidad, que son a menudo resultado de una posición subyugada en relación a la experiencia del trauma o la descalificación (White, 2002b; Latorre, 2012). Muchas personas están influenciadas por una cultura psicoterapéutica que alienta a «contar los detalles» y los efectos del trauma, como si para mejorar fuera necesario empeorar –“sin pena no hay gloria”, “al que quiera azul celeste que le cueste”, son refranes que ejemplifican el tipo de ideas populares que alientan la idea de que es necesario sufrir para mejorar– y es este un discurso que también necesita ser deconstruido en el contexto de la terapia (Yuen, 2009).

Nadie es pasivo ante el trauma, las personas siempre toman acciones para prevenir los efectos del trauma, incluso cuando no pueden impedir su impacto, las personas toman acciones para tratar de proteger y preservar lo que consideran valioso (White, 2002b; Yuen, 2009). Aunque las respuestas (*responses*) a experiencias traumáticas de abuso, violencia, pérdida y opresión no siempre permiten prevenir o detener el trauma, hay muchos pequeños actos que pueden ser descubiertos en ese intento, algunos pueden ser actos de protección y cuidado, habilidades para vivir y actos de resistencia. La más pequeña de las respuestas, cuando es significativamente atribuida de sentido puede abrir caminos (Yuen, 2009). No importa cuán pequeñas fueran las acciones, pues existen muchas formas de resistencia a la opresión (Wade, 1997; en Yuen, 2009).

No es trabajo del terapeuta poner en duda las respuestas al evento o evaluarlas, el terapeuta narrativo está interesado en explorar con “curiosidad” (Anderson, 1996, en Gergen y McNamee, 1996) el sentido, valoración y propósito que tienen las respuestas para las personas; cuando las personas hacen visibles y reconocen estas respuestas como maneras en las cuales se han protegido a sí mismos y aquello que para ellos es importante, entonces construyen nuevos significados de la experiencia y sus efectos paralizantes (Latorre, 2012).

**Logros únicos/Acontecimientos extraordinarios.** A medida que las personas se separan de las historias dominantes o “totalizantes” que forman parte constitutiva de su vida, se les hace posible orientarse más hacia aspectos de su experiencia que contradicen esos conocimientos dominantes, sus “logros aislados” y son ellas las que suministran una puerta de entrada a los territorios alternativos de la vida de una persona (White, 2004: 34).

Los logros aislados son excepciones, son toda aquella situación en que el problema no haya estado presente o la persona haya logrado controlar su influencia o efectos, y que resultan significativos para la persona porque representan sus recursos para afrontar los conflictos y sus motivaciones de vida.

Para que un hecho llegue a ser un logro aislado, debe ser calificado como tal por las personas que tienen que ver con los hechos. Siguiendo la identificación de hechos que pueden llegar a tener la condición de logros aislados, es importante incitar a las personas para que evalúen esos sucesos; si las personas juzgan que estos representan logros preferidos, luego se las puede alentar a que expliquen por qué creen que ello es así. Una vez que se ha establecido que determinados hechos son, en efecto, logros aislados puesto que se los ha considerado significativos y preferidos, el terapeuta puede facilitar la generación (y/o la resurrección) de historias alternativas al orientarse hacia esos logros aislados. Cuando las personas se entregan a la tarea de revelar esos misterios, inmediatamente se entregan también a la tarea de contar historias y darles significación.

Durante todo este proceso de recreación mediante el diálogo, el terapeuta desempeña un papel central al oponerse a todo retorno precoz a lo canónico que sugeriría que el logro aislado se explica por sí mismo. (White, 2004: 38-39)

Las preguntas del panorama de acción historian “logros aislados” (aunque algunas preguntas están orientadas a futuro), alientan a las personas a identificar la historia de los logros aislados localizándolos dentro de secuencias particulares de sucesos que se desenvuelven en el tiempo; pueden concentrarse tanto en la historia reciente como en la más distante historia de logros aislados (White, 2004: 35-36).

Las preguntas relativas al panorama de conciencia llevan a las personas a pasar revista de los hechos que se desarrollaron en el otro panorama de acción y a determinar qué podrían revelar estos acerca de: a) La naturaleza de sus preferencias y sus deseos; b) El carácter de las varias cualidades personales y de relación; c) La constitución de sus estados intencionales; d) La composición de sus creencias preferidas; y, por último, e) La naturaleza de sus empeños. En virtud de la significación que se da al panorama de conciencia “las creencias y deseos de las personas se hacen suficientemente coherentes y organizados para merecer que se los llame «empeños» o «estilo de vida» y tales coherencias se consideran como «disposiciones» que caracterizan a las personas” White, 2004: 38).

Las preguntas de “experiencias de experiencias” facilitan el proceso de re-creación de vidas y relaciones, incitan a las personas a dar una versión de lo que creen o imaginan que otra persona puede pensar de ellas: a) incitan a las personas a remontarse a sus experiencias pasadas y a expresar ciertos aspectos olvidados o descuidados con el paso del tiempo; y, b) ponen en juego la imaginación de las personas de maneras tales que constituyen experiencias alternativas de sí mismas. Las preguntas están orientadas primero, hacia alternativos panoramas de acción, segundo, hacia alternativos panoramas de conciencia y, en tercer lugar, alientan a las personas a manifestar “particularidades íntimas” de futuros hechos en esos panoramas de acción y panoramas de conciencia (White, 2004: 39-40).

### *Otras estructuras*

Para elaborar preguntas adecuadas puede ser que el terapeuta se refiera a otras estructuras de su trabajo, incluso las derivadas de la antropología, el drama y la literatura. En cuanto a tomar estructuras de la literatura, la revisión de motivos que acompaña la resurrección de historias y conceptos alternativos resulta particularmente “liberadora” (White, 2004: 41). White retoma el modelo de desconstrucción de Burke para este trabajo, que considera cinco elementos:

*“(…) acto, escenario, agente, acción finalidad. En una enunciación cabal de los motivos, uno necesita alguna palabra que nombre el acto (que nombre lo que tiene lugar en el pensamiento o en la acción y otra palabra que nombre el escenario (el fondo del acto, la*

*situación en que éste ocurre); también debe uno indicar qué persona o clase de persona (agente) realizó el acto y los medios o instrumentos que esa persona usó (acción) y además hay que indicar la finalidad...; toda enunciación completa sobre motivos ofrecerá alguna respuesta a estas cinco preguntas: lo que se hace (acto), cuándo o dónde se hace (escenario), quién lo hace (agente), cómo lo hace (acción) y porqué lo hace (finalidad) (...) Reflexionar las preguntas sobre experiencia de experiencia con otros temas alternativos históricamente situados puede dar lugar a actos, escenarios, agentes, acciones y finalidades. Esto contribuye «dramáticamente» a la arqueología de conceptos alternativos de la personalidad y de sus relaciones”. (White, 2004: 41)*

Historiar los logros aislados favorece la idea de control sobre la propia vida, el engrosamiento del relato y el enriquecimiento de la idea de sí mismo, dando pie a la generación de nuevos estados de identidad, en donde la persona es más competente, cualificada y responsable de sí misma.

**Lo Ausente pero Implícito.** Este concepto surgió a partir de las múltiples revisiones que White hizo a su propuesta de intervención, y forma parte de las últimas aportaciones que hizo antes de morir. Lo “ausente pero implícito”, hace alusión a experiencias que han sido previamente significadas por la persona pero que excluye del relato porque caen fuera de la historia del problema (Carey, Walther y Russell, 2009), se basa en el trabajo de Derrida, que propone que a leer un texto se atribuye un significado privilegiado dejando a un lado otros posibles significados (subyugados), esta operación se realiza a partir de distinciones entre lo que se presenta en el texto (privilegiado) y “lo que queda fuera” (subyugado). De estas nociones sobre el texto, White propuso que para hacer sentido a ciertas experiencias, se requiere distinguir estas experiencias de otras que ya tienen significado para las personas y que ya han sido descritas o categorizadas de alguna forma; es decir, que sólo se puede atribuir un sentido de lo que son las cosas, al contrastarlas con lo que no son (por ejemplo hablar de enfermedad requiere conocer la salud). Dichos discernimientos dependen de lo que está “ausente pero implícito”, las “otras” experiencias, que caen fuera de la historia del problema, en contraste de las cuales ese discernimiento se realiza. Lo “ausente pero

implícito” no está en la descripción original o expresión, pero está implicada en ella (Carey, Walther y Russell, 2009).

Aplicados a la práctica terapéutica, estos conocimientos ofrecen un rango de posibilidades para identificar y explorar historias preferidas que son una alternativa a la historia del problema; si se acepta que las personas sólo pueden dar una descripción particular de sus vidas a través de hacer distinciones con lo que su experiencia no es, entonces se posibilita escuchar no solamente lo que es el problema, sino también lo que está “ausente pero implícito” en sus descripciones – lo que el problema no es– (Carey, Walther y Russell, 2009) y en consecuencia, logros y áreas libres de la influencia del problema, experiencias no influidas por el problema e historias alternativas del yo.

En las conversaciones terapéuticas el terapeuta, por medio de la doble escucha, busca reconocer cuáles son los significados subyugados y cómo se conectan con las historias preferidas, para visibilizarlas y ponerlas a consideración del consultante (White 2003; en Carey, Walther y Russell, 2009). Tal interrogatorio, acerca de lo que está en el fondo de la experiencia de la persona, que hace que tenga sentido el desasosiego que está siendo expresado en el presente, ofrece un punto de entrada a las historias preferidas o subyugadas, y desde este punto, se puede continuar desarrollando una descripción rica de los valores, esperanzas, y compromisos –entre otras cosas– que son transgredidos (White 2003; en Carey, Walther y Russell, 2009). Todo lo que no sea la historia del problema se vuelve un posible sitio para la emergencia de nuevos significados que puedan ser adscritos a un propósito más útil y de más “agencia personal” (Carey, Walther y Russell, 2009).

**Re-escritura/Re-narración.** Las conversaciones de re-autoría están orientadas a la construcción de una historia alternativa –que es una serie de eventos, en una secuencia, a lo largo del tiempo, organizados de acuerdo a una trama; tal como cualquier relato– pero que no contiene sólo el relato dominante, antes bien está constituida por múltiples historias y cuenta con distintas experiencias, lecciones y conceptos asociados a ellas. La conversación de re-autoría retoma los logros aislados o acontecimientos extraordinarios, e invita al consultante a historiarlos, relacionarlos entre sí a través del tiempo, y a extraer de estas relaciones lecciones, aprendizajes, significados, etc.; se le pide también que señale de qué

forma estas cadenas de eventos hablan de esa persona, qué es lo que dicen de ella; una vez que un logro aislado es ricamente descrito, puede comenzar a ligarse con otro evento (también descrito ricamente) en cadenas sucesivas de asociación (Carey y Russell, 2003; White, 2000, 2002a, 2002b). Las conversaciones de re-autoría involucran dos tipos de preguntas: las referidas al panorama de acción, y las preguntas del panorama de identidad, (“estados intencionales de identidad”) que dan intencionalidad y motivación a sus acciones, especialmente a los resultados únicos. Las conclusiones que se desarrollan en ambos panoramas se pueden hilar, y puede resultar posible proyectar el argumento preferido hacia el futuro (Carey y Russell, 2003). Cuatro prácticas que ayudan a fortalecer o “engrosar” la trama de las historias alternativas son (Morgan, 2000): las conversaciones de re-membranza, los documentos terapéuticos, los rituales y ceremonias de definición, y los testigos externos.

**Cartas terapéuticas.** Las cartas terapéuticas son una forma de documento terapéutico que pueden entregarse a los consultantes en cualquier fase del proceso. Las cartas pueden desempeñar un papel decisivo a la hora de ayudar a las personas a localizar sus propias historias de lucha y a identificar conocimientos alternativos; las cartas que ayudan a la gente a desafiar las «verdades» dominantes sobre las personas y las relaciones tienen siempre un efecto fortalecedor (White y Epston, 1993: 124-126). Estos documentos no se redactan a la ligera, sino que el terapeuta debe considerar, con extrema responsabilidad, aquellos aspectos relevantes que han surgido en la terapia y que pueden servir para fortalecer los relatos alternativos, integrando los acontecimientos que son significativos para la persona y no para el terapeuta, de modo que éste debe cuidar en todo momento de no imponer *su* relato acerca de la persona sobre el relato de la persona misma. Las cartas se utilizan principalmente con el objetivo de convertir las vivencias en una narración o «relato» que tenga sentido de acuerdo con los criterios de coherencia y realismo (White y Epston, 1993: 130), de modo que deben contener las vivencias que la persona experimenta como adecuadas a su relato preferido e identidad preferida.

**Andamiaje.** Se refiere a una forma de interrogar a la persona a fin de hacer explícitas sus historias alternativas y su identidad preferida (la cual alude a las preferencias de la persona sobre cómo quieren vivir su vida, más allá del problema, de acuerdo a sus principios,

motivos, valores e intereses, pues para White la identidad es entendida como estados intencionales, por lo tanto dinámica). Tendiendo un puente, por medio de la conversación y las preguntas, entre lo conocido y familiar (el problema y sus efectos), y lo desconocido pero posible de conocer, que implica el cambio de un estado de identidad saturado de problema a uno de identidad preferida (Carey, Walther y Russell, 2009).

Esta técnica parte de la concepción de White (2006) de que debe ser atravesada la distancia entre lo que es conocido y familiar y lo que es posible conocer y hacer; las conversaciones de andamiaje emplean mapas que tienden andamios entre ambos territorios. Estas prácticas narrativas no se inspiraron en Vygotsky, pero White consideró que se aproximaban a su modelo de la zona de desarrollo proximal, para él, estas prácticas confirman sus conclusiones de que: el aprendizaje es el resultado de la colaboración social, no un proceso independiente o el desarrollo de procesos biogénéticos; que el aprendizaje permite distanciarse de la experiencia inmediata del mundo a través de la “zona de desarrollo proximal”, que es “la distancia entre el nivel de desarrollo actual como determinado por la situación independiente de problemas y el nivel potencial de desarrollo como determinado por la solución de problemas en colaboración con compañeros más capaces” (Vygotsky, 1986; en White, 2006).

Para White, el desarrollo conceptual provee un fundamento para que el sujeto intervenga en la formación de sus propias acciones y en la formación de sus vidas, el desarrollo de pensamiento conceptual es el fundamento de la agencia personal, y el camino para la formación de conceptos es el desarrollo de los significados del mundo.. En la relación conversacional el terapeuta contribuye en el andamiaje de la zona de desarrollo próximo, andamiaje que permite a las personas distanciarse gradual y progresivamente de lo conocido y familiar hacia lo que podría ser posible de conocer y hacer (White, 2006; Campillo, 2007).

El andamiaje se realiza a través de determinadas tareas de aprendizaje de apoyo del terapeuta, que pueden categorizarse como (White, 2006):

- a) Tareas de bajo nivel de distanciamiento: tareas que alientan a las personas a caracterizar objetos específicos y acontecimientos de su mundo.

- b) Tareas de mediano nivel de distanciamiento: tareas que animan a las personas a poner en relación objetos específicos y acontecimientos de su mundo, al desarrollar cadenas de asociación o «complejos», al establecer vínculos y relaciones entre esos objetos o eventos.
- c) Tareas de nivel medio-alto de distanciamiento: tareas que animan a las personas a reflexionar sobre esas cadenas de asociación y a extraer de ellas realizaciones o aprendizajes de fenómenos específicos.
- d) Tareas de alto nivel de distanciamiento: tareas que alientan a las personas a resumir esas realizaciones y aprendizajes de su circunstancia específica y concreta en conceptos acerca de la vida y de la identidad.
- e) Tareas de muy alto nivel de distanciamiento: tareas que estimulan a la formulación de predicciones sobre los resultados de ciertas acciones fundadas en los conceptos desarrollados, y tareas que fomenten la planificación e iniciación de esas acciones.

En el recuento de lo que las personas valoran y de lo que quieren para sus vidas que se re-desarrolla/genera en las conversaciones narrativas, pueden considerarse conceptos acerca de la vida y de la identidad. La evolución del significado de las palabras es una característica de este desarrollo. Es el desarrollo de estos conceptos los que proporcionan una base para que las personas actúen sobre su vida y moldeen de otro modo su existencia.

*Mapa de andamiaje.* Campillo (2007) caracteriza el mapa de andamiaje, que conecta lo conocido/familiar –en el polo inferior– con lo “posible de conocer” en el lado opuesto, de la siguiente manera:

1. Caracterización del problema
2. Preguntas para poner el problema en cadenas de asociación
3. Preguntas para entender la experiencia, aprendizajes y descubrimientos de las asociaciones del problema.
4. Preguntas de abstracciones de los aprendizajes y descubrimientos.
5. Planes de acción.



**Mapas.** Una forma de organizar la información antigua y novedosa del trabajo terapéutico es mediante la realización de mapas de toma de posición y de andamiaje, de conversaciones externalizantes y de re-autoría, y de lo ausente pero implícito, que colocan lo conocido y familiar en oposición a lo desconocido, incluyendo los logros aislados, conocimientos resucitados, los pasajes de conciencia y acción. La metáfora del mapa refleja la concepción de las conversaciones como caminos hacia territorios previamente desconocidos y ha sido aplicada a varias prácticas narrativas (White, 2007; en Carey, Walther y Russell, 2009). Son una guía para los procesos de las conversaciones y la toma de posición como agente de los consultantes.

**Ceremonias de definición.** El construccionismo social reconoce la importancia de la verdad en su contexto (legitimación discursiva), el discurso común favorece la comunidad, el orden y la institucionalización (Gergen y Warhus, 2001; Berger y Luckmann, 1997). Las ceremonias de definición son rituales de re-incorporación en los que culmina el pasaje de un estado de identidad “saturada por el problema” a uno de “identidad preferida”, con una historia enriquecida. Las ceremonias de definición utilizan documentos terapéuticos, testigos externos y equipo reflexivos para dar testimonio y validar la transformación de la persona, como conclusión del rito de pasaje (White y Epston, 2005; White, 2000, 2002a, 2002b).

**Consultar a los consultantes.** Esta técnica corresponde a la fase de reincorporación en el rito de pasaje, es decir, el término de la terapia, y es una de las “técnicas rituales”. Cuando las personas asumen el papel de “consultoras”, de sí mismas, del terapeuta y de otras personas, se sienten imbuidas de mayor autoridad sobre su propia vida, sus problemas y las soluciones a dichos problemas, autoridad que adopta la forma de una especie de conocimiento y pericia, los cuales son registrados en un medio<sup>12</sup> que permita hacerlos accesibles al consultante-consultor, el terapeuta e interesados potenciales; la etapa de “graduación” del rito de pasaje es el momento en que el cliente “da algo” al terapeuta, a la comunidad terapéutica y a personas con problemas similares que soliciten ayuda en el futuro. Cabe señalar que las producciones terapéuticas co-creadas son consideradas como propiedad,

---

<sup>12</sup> Los medios empleados son desde textos hasta videos y canciones, algunos de ellos son recursos de acceso libre, por ejemplo, hay una canción realizada por personas transgénero que se encuentran recluidas. Estos recursos se encuentran disponibles en <http://www.dulwichcentre.com.au/>

principalmente, de las personas que solicitan el tratamiento (aunque el terapeuta también sea partícipe), por lo que los consultantes son quienes tienen el poder de veto sobre el uso del documento, se les solicitan estos *archivos* a préstamo, aclarando que pueden revocarlo en cualquier momento, aunque la mayoría de las personas los donan dando libertad al terapeuta para que los emplee como mejor le convenga (White y Epston, 2005).

**Documentos terapéuticos/Contradocumentos.** Se trata de una técnica de la fase de reincorporación, de término de la terapia, y parte de la idea de que, en la cultura occidental contemporánea, los documentos son considerados (y enaltecidos) socialmente como identificaciones de las personas, es decir, como pruebas que avalan la identidad. Los contradocumentos corresponden a “rituales de inclusión”, los trofeos y galardones son documentos alternativos (que aun así pueden resultar especificadores según los conocimientos dominantes) que pueden llevar a la persona a adquirir un nuevo estatus en la comunidad, responsabilidades y/o privilegios, puesto que pueden ser hechos públicos ante distintas audiencias, las cuales contribuyen a la supervivencia y consolidación de nuevos significados y a una revisión de los significados preexistentes. Los "contradocumentos" en tanto “rito de inclusión”, son una técnica que permite consolidar nuevos significados, la incorporación de audiencias y la revisión de los significados previos; hay documentos que pueden ser realizados por el terapeuta, pero también los hay en que la persona aludida participa en su creación, contribuyendo a la especificación de sí mismo de una forma que hace consciente su participación en la constitución de su propia vida, lo cual puede desarrollar un profundo sentido de la responsabilidad personal así como conducir a la consciencia de que se posee la capacidad de intervenir en la conformación de la propia vida y las propias relaciones. Los documentos (o “contradocumentos”) que acreditan los nuevos relatos, pueden ser: certificados, declaraciones o autocertificados (carta dirigida al problema, diplomas). Son un medio literario para alcanzar un fin terapéutico, recursos que ayudan a las personas a reescribir sus vidas y sus relaciones, a hacer de la terapia un instrumento de libertad para ayudar a introducir nuevas perspectivas y posibilidades en la vida de los consultantes (White y Epston, 1993).

## 2.4 PERSPECTIVAS NARRATIVAS EN TORNO AL ABUSO SEXUAL INFANTIL

La terapia narrativa ha abordado el abuso sexual, y ha propuesto una forma de intervención acorde a este modelo, si bien los practicantes de este enfoque no son muy dados a la presentación estadística de resultados, los reportes de sus intervenciones y su seguimiento parecen mostrar un resultado positivo a largo plazo, y la ausencia de recaídas<sup>13</sup>. Otro elemento sobre el que hay que llamar la atención es que, si bien los autores de este enfoque comparten perspectiva teórica, el modelo de intervención de cada uno de ellos es diferente, pues no sólo es un enfoque que solicita al terapeuta la creatividad y la transparencia y toma de postura, sino que además se nutre de las lecturas e interpretaciones que cada uno de ellos realiza con base en su experiencia personal, su trabajo clínico, los grupos a quienes trata primordialmente (por ejemplo hombres, mujeres, niños o adolescentes), el contexto institucional en que realizan su trabajo, etc. Ningún modelo de intervención ni estilo del terapeuta es igual a otro, pues a diferencia de otros modelos, en este enfoque no hay reglas de oro ni recetas universales.

Desde el enfoque narrativo, considerando el concepto de poder propuesto por Foucault, el abuso sexual es visto dentro de un contexto cultural, de poder y de ideología patriarcal, ideología que permite la existencia de cualquier tipo de abuso o agresión contra personas que dentro de la escala social son vistas como inferiores, lo cual es normalizado y permitido por el contexto social (Bustamante, Jorquera y Smith, 2010). La intervención en víctimas de abuso, se centra en el conocimiento y las habilidades de resistencia de las víctimas, así como en la reconstrucción de un relato alternativo que genere desde los valores y conocimientos de éstas, evitando una rotulación patologizante y retraumatizante (Bustamante, Jorquera y Smith, 2010), se deconstruye el discurso para reconocer el surgimiento de las creencias propias alrededor del abuso sexual infantil y los elementos que promovieron la permanencia de las mismas (Quintero y Andrade, 2012). En el plano cultural, por motivos principalmente

---

<sup>13</sup> Considerando la recaída como un retorno al malestar o el empeoramiento de los conflictos atendidos como respuesta al motivo de consulta. En este punto cabe señalar que durante mi formación en la especialidad conocí este enfoque y trabajé con él tanto en mis prácticas clínicas como en mi servicio social, en todos los casos (9 en total) los resultados fueron positivos, no hubo deserciones y el tratamiento alcanzó los objetivos y metas planteadas en acuerdo con los consultantes; el seguimiento realizado con cada uno de ellos, mostró que, después de seis meses, no se presentaron "recaídas".

morales, se impone una creencia de que es necesario “perdonar” a las personas para poder superar los conflictos y el sufrimiento, *como si* el perdón determinara la calidad humana de las personas; esta imposición del perdón como indicador del valor personal puede llevar a las personas a sentimientos de impotencia y limitación, por lo que en el modelo narrativo se propone un cambio desde la “obligación de perdonar para abandonar el sufrimiento” por una forma en donde se abandone el sufrimiento y se logre la responsabilización de los hechos, sin tener necesariamente que incurrir en el perdón (Jenkins *et. al.*, 2003; en Bustamante, Jorquera y Smith, 2010).

El modelo narrativo implica la construcción de relatos donde las víctimas no son responsables por los actos violentos, no deben hacerse cargo de las agresiones, sino que es en los perpetradores en quienes recae la responsabilidad (Bustamante, Jorquera y Smith, 2010). Muchas víctimas de abuso sexual se sienten responsables por el abuso, lo que amplía sus sentimientos de culpa y vergüenza, que pueden manifestarse también por el hecho de haber sentido placer, por sus sentimientos respecto al abuso o por las respuestas de las personas significativas, por los efectos que el abuso tuvo en sus familias y relaciones (Quintero y Andrade, 2012). Dado que la experiencia de la realidad o del significado otorgado a las experiencias es construida a través de las interacciones con otras personas, el mismo evento puede ser experimentado de manera diferente en contextos culturales, relacionales o lingüísticos diferentes (Tarragona, 2013: 120); por lo que el contexto terapéutico debe favorecer la resignificación de la experiencia del abuso, promover la agencia personal y asimismo la distribución de la responsabilidad, por lo que debe observar tanto el reconocimiento de las creencias en torno al abuso sexual infantil como la responsabilidad exclusiva del agresor por ese hecho, aunque existan ideologías que pretendan adjudicar la responsabilidad a la víctima.

Mientras los indicadores psiquiátricos son nomotéticos, las narrativas dominantes son indicadores ideográficos; en la adultez no hay síntomas que sean patognómicos<sup>14</sup> de una historia de abuso a temprana edad (Rodríguez, Fernández y Bayón, 2005; en Fontbona, 2009:

---

<sup>14</sup> Patognómico significa lo dicho de un síntoma que caracteriza o define determinada enfermedad. En este aspecto es necesario recordar además el hecho de que el abuso y los síntomas que puede producir no son una enfermedad, sino una experiencia que puede llevar al desarrollo de síntomas patológicos, pero no es una patología en sí misma.

6). La mayoría de las personas que sufren estrés postraumático no suelen pensar que algunos aspectos de sí mismos sean malos, o que sean malas personas en general, pero casi todas las personas que han sufrido abusos sexuales graves piensan que son malas (O'Hanlon, 2001; en Fontbona, 2009).

Las interacciones intrusivas traumáticas no son sólo de carácter físico (sexual), sino que la lógica del argumento del abusador, el secreto, la falta de reacción del medio o el castigo de éste hacia la víctima tras la revelación –entre otras cosas–, también resultan traumatizantes, pues la víctima las confunde dentro de su propia narración dentro de sí misma (en su “relato privado”), respecto a cómo piensa, siente, percibe, etc., los límites externos están derribados o son muy difusos, por lo que la persona internaliza estos discursos y los integra en el propio. Luco (2000, en Fontbona, 2009) plantea el impacto que tienen las «atribuciones de experiencias externas»: éstas se caracterizan por la devaluación de lo que la víctima puede sentir, siendo suplantada por la lógica del agresor, siendo mayor la gravedad según la medida del derrumbamiento de los límites externos, este tipo de fenómeno está presente en toda forma de violencia. De ahí se puede entender el proceso por el cual el abusador u otros significativos, instalan una confusión en lo que vive la víctima, que resuelve a través de narrarse como «malo», atribuyéndose la responsabilidad de los pensamientos, sentimientos y recuerdos instalados por el agresor (Fontbona, 2009: 11-12). Así, los indicadores ideográficos presentes en el relato dominante dan cuenta tanto de las relaciones de poder como del derrumbamiento/difusión de los límites externos y de la lógica del agresor y del medio instalados en el relato privado de la persona.

El modelo narrativo considera el abuso como un hecho en que prima el sometimiento de la persona, la imposición de una imagen negativa de sí misma, mediante la tortura. White (2002b) señala que la metáfora narrativa ofrece una visión particular acerca del fenómeno del abuso y la expresión de sus efectos en la vida de la persona; cree que muchas de estas expresiones son de tipo autodestructivo, y que tienen que ver con los significados que la persona le da al abuso, y que son precisamente estos significados los que determinan la expresión de las experiencias de vida. Afirma que en el caso de

*“... una persona que ha sobrevivido al abuso en la infancia y la adolescencia, con frecuencia lo que la ha traído a la consulta son determinados comportamientos autodestructivos o autoabusivos, comportamientos que son vivenciados como acciones contra el yo, desfavorables para su vida. Estas acciones pueden adquirir diversas formas, incluyendo la automutilación, las adicciones y reiterados intentos de suicidio (...) estos comportamientos autodestructivos son la expresión del abuso al que la persona ha sido sometida. Pero esta es una forma particular de expresión de esta experiencia. Es una expresión de la experiencia del abuso que produce consecuencias profundamente negativas en la vida de la persona, una expresión del abuso que lleva a efectos reales que son altamente empobrecedores de la vida de la persona”.* (White, 2002b: 87-88)

Menciona que las interpretaciones que las personas hacen acerca del abuso a que han sido sometidas, destacan los temas de la culpabilidad y el mérito personal, que de alguna manera la persona merecía el abuso o lo provocó o que podría haber hecho para dejar de quererlo realmente, y dado que consideran que los actos de autoabuso confirman estos temas, se trata de un proceso circular. Las personas llegan a estos significados –afirma White– en gran medida a través de los relatos privados que las personas tienen acerca de sus vidas. Estos relatos proporcionan el marco para la interpretación de las experiencias vitales de las personas, y si una persona es obligada a adherirse a un relato muy negativo acerca de quién es, entonces probablemente atribuirá a sus experiencias significados vinculados con la culpabilidad y la falta de mérito personal. Así pues, el enfoque narrativo propuesto por White propone considerar las expresiones del abuso como unidades de experiencia y significado. La terapia narrativa tiene como uno de sus objetivos principales, en estos casos, “ayudar a estas personas a deducir significados alternativos de sus experiencias de abuso: establecer las condiciones que hagan posible que reinterpreten el abuso”(White, 2002b: 89); esto quiere decir, que reinterpreten su agencia, sus habilidades protectoras, o cualesquiera formas que confirmen una imagen de sí mismo enriquecida, para ello es necesario que participen activamente en la reinterpretación del abuso a que fueron sometidas, y esta reinterpretación cambia la forma de la expresión de las experiencias del abuso y, por lo tanto, la forma de sus vidas.

White apunta que cuando las personas liberan sus vidas de los relatos negativos sobre su identidad y cuando tienen la oportunidad de colocarse en un territorio diferente de su vida, comienzan a interpretar sus experiencias de abuso como explotación, tiranía, tortura, es decir, como imposiciones y abuso de poder, y no como algo intrínseco a ellos, no como algo atribuible a una deficiencia personal. Esta reinterpretación facilita una expresión diferente de su experiencia del abuso que pasa de la resignación a la indignación (y con ella diferentes contextos de activismo). Las formas de expresión alternativas de las experiencias de abuso de una persona no son expresiones inferiores a las formas autodestructivas, no son menos completas, incluso constituyen una expresión más completa, que conllevan efectos reales muy diferentes en cuanto a la forma que toman sus vidas, efectos que son considerados constructivos (White, 2002b).

Desde esta perspectiva, bajo ninguna circunstancia se justifica que en el contexto de la psicoterapia las personas vuelvan a sufrir el trauma, angustia sí, pero reproducción del trauma no. Para White “Alentar a las personas a simplemente volver al sitio del trauma puede reforzarles los significados dominantes que informan la expresión autodestructiva de la experiencia del abuso. Y además, puede provocar un nuevo trauma e incitar nuevas acciones de autoabuso” (2002b: 90); cuando las personas fueron sometidas al abuso, no tenían poder alguno ni posibilidad de elegir, en respuesta a circunstancias tan dolorosas “muchas desarrollaron mecanismos imaginarios que les permitieron escapar al contexto abusivo, no materialmente, sino mentalmente. Otras utilizaron el poco espacio de maniobra que tenían para crear experiencias de autosustentación y, en circunstancias como estas, este logro es simplemente extraordinario” (2002b: 90). En el modelo narrativo, en cambio, existe la alternativa de que las personas expresen su experiencia del abuso de modo que no conlleve las consecuencias negativas de la re-traumatización; pueden establecerse circunstancias que hagan posible que las personas abran sus vidas a expresiones alternativas de su experiencia, se descubran en territorios alternativos de sus vidas, en los que pueden tomar contacto con relatos diferentes y más positivos acerca de su identidad, y esto hace posible que las personas adscriban significados diferentes a sus experiencias de abuso.

Existe una diferencia entre la angustia y la repetición del trauma, las personas pueden expresar la experiencia abusiva de modos angustiantes, pero que no representen un nuevo trauma, a través de darles voz y de asumir un rol activo en la “fiscalización de los efectos reales de las expresiones de sus experiencias de abuso”; ayudar a las personas a establecer una descripción de las relaciones de poder participantes en su experiencia contribuye a socavar la autculpabilización y la vergüenza que a menudo experimentan con relación al abuso, ello se logra tanto mediante conversaciones externalizadoras como mediante la deconstrucción, que visibilizan la relación primaria de las personas con su «yo», explorar mediante estas conversaciones de qué las convence el odio y autoaborrecimiento (externalizados, por supuesto), cómo hace que traten sus vidas, sus cuerpos, sus pensamientos, cómo interfiere en sus relaciones interpersonales o cualesquiera ámbitos de sus vidas que les sean conflictivos, y explorar asimismo los procesos por medio de los cuales la persona fue adiestrada en el odio de sí y el autoaborrecimiento de sí<sup>15</sup>. De este modo se sustraen los aspectos políticos, las relaciones de poder, en la experiencia abusiva y sus expresiones en la vida de la persona. Por medio de preguntas externalizadoras (y el proceso deconstructivo) “terminamos identificando las especificidades de este proceso de adiestramiento: no sólo los procesos físicos del abuso, sino también los saberes, las estrategias y las técnicas que fueron empleadas y el funcionamiento de estos saberes, estrategias y técnicas” (White, 2002b: 93); así pues, las personas emprenden una reinterpretación de sus experiencias de abuso liberándose de los relatos de identificación negativos, antes bien el abuso es nombrado y se visibilizan las expresiones impuestas por medio de él a la persona y su identidad.

Es importante que las personas vayan más allá de nombrar el abuso, pues este es un término global y por tanto limitante, se requiere que sea además formulado en sus particularidades, vincular las experiencias del abuso con los saberes y prácticas de poder dominantes en la cultura, y una vez que las especificidades del abuso son reconocidas son contextualizadas en

---

<sup>15</sup> Aquí resalta la influencia de Foucault en el modelo narrativo, al considerar el adoctrinamiento o condicionamiento por medio del ejercicio del poder, se visibiliza que el contexto abusivo es asimétrico y que los discursos de deficiencia personal son impuestos tanto por el agresor como por los diferentes contextos que socavan la identidad de la persona sometiéndola a la creencia de que es, de una u otra forma, responsable tanto del abuso como de sus efectos negativos.



la cultura, las prácticas familiares y otras instituciones, pueden ser localizadas históricamente. De tal suerte que

*“El establecimiento de los saberes y prácticas del abuso en su especificidad: a) facilita la preparación de un testimonio «adecuado», cercano a la experiencia de la persona; b) ayuda a las personas a desarrollar un grado de «discernimiento» que les permite distinguir las acciones dirigidas hacia ellos que expresan explotación, abuso o descuido de las que expresan apoyo, amor y cuidado; y c) expande las posibilidades a disposición de las personas para tomar medidas para resistir y desafiar estos saberes y prácticas en sus vidas cotidianas”. (White, 2002b: 94-95).*

White (2002b) considera que para quienes han sobrevivido al abuso resulta particularmente interesante el saber que otras personas que han sobrevivido al abuso también experimentan grados similares de culpa y vergüenza y que, a través de esta experiencia fueron entrenadas en actitudes muy negativas hacia ellas mismas, lo cual ayuda a que sepan que la tortura no es una prueba que establece la valía moral de un individuo, ni es respuesta a un mal comportamiento, sino que objetivo se vincula con quebrar la identidad, quebrar el sentido de comunidad y aislar a las personas de los demás, destruir la dignidad y desmoralizar, despersonalizar el mundo de la experiencia que las personas tienen; este discernimiento es crucial, pues socava el sentimiento de culpa y vergüenza.

Por otra parte, y no menos importante, resulta indispensable el tratar otros discursos culturales referentes a la familia y otras instituciones de reproducción cultural, puesto que

*“La mayoría de las personas que han sido abusadas en su infancia o adolescencia, lo han sido dentro de instituciones de nuestra cultura que formalmente están definidas como contextos que brindan amor y cuidados; esto es, en las familias, las redes extensas de parentesco o las instituciones que sustituyen esas familias o esas redes. Sufrir abusos en contextos que son definidos como contextos de amor y cuidado genera confusión y mistificación. A las personas que sufren abuso en estos contextos se les hace difícil establecer las distinciones (...) entre abuso y protección, abandono y cuidado, explotación y amor” (White, 2002b: 98)*

Por ello es necesario también deconstruir los discursos sobre la familia, desmitificar a la familia como centro de amor y cuidados, pues como apuntan Perrone y Nannini (2000) la familia es el lugar en que circulan los mayores afectos y emergen los sufrimientos más intensos; por ello, puede ser tanto una unidad social que permite crecer a sus miembros y desarrollar sus capacidades como también un lugar de sufrimiento, arbitrariedad, injusticia, opresión, amenaza, violencia y abusos sexuales. Para muchas personas la opacidad de las distinciones antes señaladas, puede ser recurrente, por lo que la desmitificación de la familia puede ayudar a comenzar con la distinción entre los tipos de afecto.

La terapia puede proporcionar un contexto adecuado para lograr este discernimiento, explorando los efectos de los abusos a los que han sido sometidas, identificar las acciones autodestructivas como expresiones de experiencias de abuso y establecer distinciones entre estas clases de expresiones del abuso y las que están basadas en la reformulación del abuso mismo; es posible identificar los acontecimientos extraordinarios que brindan un punto de ingreso a las contratramas, aquellos aspectos que tienen que ver con supervivencia, adaptación, protesta, resistencia, autocuidado, etc. , de modo tal que puedan reconocerse las expresiones cotidianas en una u otra trama. Por ello es importante contextualizar las prácticas abusivas, porque

*“... les posibilita a las personas que nos consultan la comprensión de que no son las únicas receptoras de estas prácticas abusivas, que no se trata de algo único de sus vidas: que aunque el abuso los hubiera aislado de los demás, no estaban solos en su experiencia de aquél (...) Al referir sus experiencias de abuso al contexto, las personas se hacen menos vulnerables a la patologización de sus identidades y al entrenamiento en el sentimiento de vergüenza que acompaña a esta patologización (...) Las determinaciones de este tipo embarcan a las personas a comprender en qué medida, en su trabajo para recuperar sus vidas de los efectos del abuso, participan de un proyecto mayor que tiene que ver con proponerse desafiar las prácticas abusivas”. (White, 2002b: 101).*

Durante el proceso terapéutico, como espacio liminal entre el contexto abusivo y el punto de arribo a algún territorio preferido en la vida, surgen la confusión y la desorientación, que pueden parecer inmanejables, el terapeuta debe abordar esta migración de un territorio a

otro y “trazar el mapa” para los consultantes, para impulsarlos a “perseverar en su travesía” a pesar de los desafíos que este pasaje implica.

Sobre la formación de la imagen de sí mismo o sí misma, Amanda Kamsler (1993, en Durrant y White, 1993) aborda las versiones culturales «tradicionales» sobre el abuso sexual, a partir de su trabajo con mujeres que sufrieron alguna violencia sexual en la infancia; su trabajo se orienta a permitirle a estas mujeres “superar la opresión de las imágenes dominantes patológicas” que tienen de sí mismas, según las cuales se consideran dañadas de por vida y poder acceder a imágenes positivas sobre la propia capacidad y la propia supervivencia. Proponiendo sus definiciones sobre agresión sexual infantil e incesto

*“La agresión sexual infantil es un acto sexual infligido a una persona joven o a un niño por otra persona (generalmente del sexo masculino). La capacidad de comprometer a un niño en una relación sexual se basa en la posición todopoderosa y dominante del adulto (o de un adolescente mayor que el niño agredido) ultrajador, posición que contrasta agudamente con la edad, la dependencia y la impotencia de un niño. La autoridad y el poder permiten que el agresor obligue al niño a someterse sexualmente. El incesto es cualquier acto sexual infligido a una persona joven o a un niño por otra persona (otra vez, generalmente de sexo masculino) que se aprovecha de su posición de poder y confianza dentro de la familia. «Familia» puede significar los padres naturales, los padrastros o madrastras, tíos, hermanos, etc.” (Kamsler, 1993: 16-17, en Durrant y White, 1993).*

Kamsler afirma que muchos autores han puesto al acento en la utilización de las prácticas de clasificación psiquiátrica tradicional a fin de comprender y tratar las respuestas que estas personas dieron a la agresión sexual infantil, y esos conceptos, adicionalmente, han influido ampliamente en la idea de cómo debe hacerse la terapia, los objetivos de la terapia entonces se orientaron a “ayudar a las pacientes a ponerse en contacto con la emoción reprimida; trabajar con los sentimientos; ocuparse de los recuerdos reprimidos (...) y trabajar con las experiencias dolorosas y la culpa y la vergüenza que las acompañan, a fin de descubrir los conflictos, entenderlos y resolverlos” (Kamsler, 1993: 18, en Durrant y White, 1993). Estos enfoques terapéuticos se basan en la idea de diagnosticar la patología, de modo que el

terapeuta pueda luego tratarla; un efecto significativo de poner el acento en las patologías individuales es que el terapeuta puede pasar por alto la influencia de las interacciones entre el agresor y la persona en la evolución de las percepciones que tiene de sí misma y del mundo, de modo que la vergüenza es transferida de los ultrajadores a las víctimas (al depositar en ellas la deficiencia), a este hecho Kamsler lo llama el “desplazamiento de la vergüenza” (Kamsler, 1993: 21, en Durrant y White, 1993).

Apunta Kamsler que la experiencia de agresión sexual lleva al niño a experimentar sentimientos confusos y abrumadores que influyen profundamente la percepción de sí mismo, basado en estas experiencias y sentimientos comienza a desarrollar sus propios mecanismos para afrontar la vida (secreto, vergüenza, autocrítica) lo cual fortalece sus sentimientos y opinión negativa de sí mismo. Las interacciones subsecuentes sostenidas por la niña o niño, basadas en estos patrones y pensamientos negativos establecidos, pueden ser vistas e interpretadas por los demás como «perversas» o «perturbadas», lo cual sirve para reforzar las configuraciones de conducta acerca del secreto y las opiniones negativas que se está formando sobre sí mismo, de modo que el contexto relacional termina por reforzar el efecto negativo en su autoimagen y en su experiencia de las relaciones. El abuso sexual es una experiencia en la cual el niño no pudo controlar los acontecimientos cuando ocurrió la agresión, y esa experiencia de «falta de control» pudo exacerbarse por los acontecimientos posteriores al abuso, pudiendo así quedar la víctima atrapada en un circuito de angustia que afecta las experiencias de sí misma, proceso que puede continuar durante toda la vida.

Con referencia al secreto y sus efectos, Laing y Kamsler apuntan que la

*“desviación de la responsabilidad del agresor a la víctima crea un contexto en el cual la (...) [víctima] ha de experimentar sentimientos de culpa y de vergüenza respecto del abuso sexual y esos sentimientos pueden crear además una barrera adicional que le impida superar el secreto (...) El efecto más probable de esta situación es el odio a sí misma”* (Laing y Kamsler, 1993: 225, en Durrant y White, 1993)

Kamsler (1993: 26-27, en Durrant y White, 1993) apunta una serie de imágenes creadas por los perpetradores del abuso sexual que influyen en la imagen que quienes sufrieron la

agresión dicen tener de sí mismas: Es común que el perpetrador transmita a su víctima de manera abierta o encubierta, el mensaje de que debe sentir vergüenza por haber sido objeto del abuso, generalmente el agresor niega su responsabilidad tanto respecto del abuso como de sus consecuencias, idea que se ve reforzada por las creencias del contexto social que envían mensajes como «las niñas son seductoras» o «la violaron porque se lo andaba buscando»; las interacciones con el agresor establecen las condiciones para el desarrollo y la permanencia de hábitos como la vergüenza y el autodesprecio; el ultrajador frecuentemente promueve activamente el secreto y lo fortalece, por lo que la víctima, a causa del secreto, queda imposibilitada para verificar su realidad, reforzándose con ello el sentimiento de aislamiento y confusión; estos elementos pueden contribuir a que la víctima tenga dudas sobre su identidad a lo largo de la vida, pues recibió la versión de los hechos del agresor antes de tener la capacidad de formarse una opinión propia. Kamsler concluye que la víctima de ASI no sólo se encuentra influida por el pasado, sino también “por una cantidad de prescripciones sobre cómo debe sentir, cómo debe ser y cómo debe pensar, prescripciones que fueron activamente alentadas por el perpetrador” (Kamsler, 1993: 27, en Durrant y White, 1993). A su vez, un factor terapéutico primordial es la externalización del secreto y sus efectos (Laing y Kamsler, 1993, en Durrant y White, 1993).

En cuanto a su modelo de intervención, este comprende 20 sesiones, y comienza con la idea de introducir novedades (información) que genere una diferencia; las sesiones tal como Kamsler (1993, en Durrant y White, 1993) las estructuró, comienzan por situar la imagen dominante en los contextos relaciones y sociales más amplios, a externalización del problema, las preguntas sobre la influencia relativa y finalmente las preguntas que incitan a la elaboración de una imagen alternativa (conversación de re-autoría), el acento se pone en los conocimientos que la persona tiene sobre sí misma y sus recursos, que quedaron invisibles por la imagen dominante, así como se replantean los conocimientos dominantes (deconstrucción) para que la persona encuentre nuevas soluciones y respuestas a sus problemas, y pueda definirse a sí misma en nuevos términos. A modo de conclusión,

*“La terapia puede considerarse una oportunidad de corregir las restricciones o las versiones dominantes a fin de que la mujer ayudada por el terapeuta genere dobles*

*descripciones o diferentes versiones; esto le da (...) una oportunidad de reformular la imagen que tiene de sí misma” (Kamsler, 1993: 51, en Durrant y White, 1993).*

Por su parte, Adams e Isenbart (1993, en Durrant y White, 1993) ponen el énfasis en la terapia como rito de pasaje. Estas autoras también se centran en el análisis de las restricciones, pero se enfocan principalmente en la fase liminal, es decir, el proceso (no el contenido) de cambio, periodo en el que las personas a menudo se sienten incómodas, confundidas o desorganizadas, las experiencias cotidianas dejan de ser predecibles; por ello, en la fase liminal del tratamiento proponen que la primera tarea del terapeuta es ayudar a los consultantes a concebir los acontecimientos posteriores como oportunidades de maduración, realizar preguntas sobre las expectativas de cambio y ritos terapéuticos pueden ayudar a descubrir la naturaleza fluida y evolutiva del cambio, y puede señalar también que los cambios ya estaban puestos en marcha. Las autoras señalan que la disposición para el cambio puede aumentar cuando se alienta a los clientes a identificar aspectos positivos y constructivos de sus creencias y relaciones. Durante la fase liminal resulta pues crucial, ayudar a disminuir el temor al cambio y promover la aceptación de las crisis como parte del proceso migratorio de la identidad (White, 2002).

Adams e Isenbart, proponen que es posible también elaborar ritos terapéuticos con el fin de ayudar a los pacientes a eludir los efectos negativos del abuso, citando a Durrant (1987, en Durrant y White, 1993) sostienen que las terapias que proponen reexperimentar las emociones intensifican el sentimiento de impotencia e incapacidad de la víctima, por lo que es más saludable para las víctimas de abuso sexual infantil emplear la terapia con el objeto de desarrollar la sensación de que son ellas quienes controlan sus sentimientos, de ese modo pueden cobrar conciencia del impacto emocional del abuso sin quedar abrumadas por sentimientos diferentes y confusos. Finalmente, en la fase liminal es también importante superar la victimización y la pérdida.

Para la terminación del tratamiento, las autoras consideran la fase de reincorporación, el transmitir las nuevas versiones elaboradas a personas significativas, en diferentes contextos es posible compartir la nueva imagen, y Adams e Isenbart conciben que el hecho de que la

nueva versión trasponga los límites del terreno terapéutico es un aspecto importante de esta fase.

Ahora bien, a diferencia de otros autores de este enfoque, Isenbart y Adams contemplan, además del rito de pasaje, los “ritos de conservación”, para ellas

*“Durante los momentos de gran estrés, las personas que desarrollaron versiones diferentes y más capacitadoras de sí mismas vuelven a ser vulnerables al retorno de la versión opresiva dominante. Además, ciertas circunstancias pueden relacionarse con el riesgo de una recaída. De modo que pueden elaborarse ritos destinados a que esas personas minimicen los retrocesos y conserven la nueva imagen de sí mismas y de sus relaciones”* (Adams e Isenbart, 1993: 83, en Durrant y White, 1993).

La técnica que proponen para este rito, es –durante la última sesión– anotar en una hoja los pasos que se siguieron en el proceso de cambio para desarrollar la nueva versión, documento al que podrán recurrir cada vez que se sientan vulnerables y dispuestos a retomar las viejas versiones. Un aspecto ampliamente destacable de esta propuesta es que retorna la agencia y la responsabilidad al consultante, reforzando así su independencia del terapeuta para mantenerse bien, le recuerda quién es el experto en su vida.

Por su parte, Esler y Waldegrave (1993, en Durrant y White, 1993) exponen su trabajo terapéutico en términos del análisis de los contextos social, político y cultural, contexto terapéutico y contexto del abuso sexual, considerando como un principio rector que el pensamiento del terapeuta “tiene un profundo efecto en las interacciones que mantiene con sus pacientes. El terapeuta incorpora inevitablemente su propio análisis social, político y cultural al modelo terapéutico de trabajo que utiliza” (1993: 184). Para estas autoras, un objetivo de la terapia es capacitar a los consultantes para que realicen cambios que los lleven a mejorar su situación, y lo que origina el cambio es la nueva información, que permite al consultante comenzar a pensar en sus problemas de un modo diferente. En su modelo de intervención, ellas comienzan por adoptar una posición de *curiosidad*<sup>16</sup> y de interés por saber

---

<sup>16</sup> Esta posición es tanto una técnica como una actitud, en donde el terapeuta tiene genuina curiosidad por conocer las situaciones tal como las experimenta el consultante, por lo que lo cuestiona sobre sus creencias, acciones, etc., no porque espere corroborar una hipótesis, sino porque desconoce las respuestas. (Véase Gergen y McNamee, 1996)

cómo sucedieron los hechos, a fin de permitir a los clientes expresar sus sentimientos de censura y juicios, además, las terapeutas se colocan en una posición de respeto, ya sea que aprueben o no algunas de las conductas. Esler y Waldegrave, en lo referente al contexto del abuso sexual consideran que el agresor es el responsable del abuso, su conducta es inaceptable y en ningún momento debe el terapeuta dar la impresión de que perdona algún aspecto del abuso.

Uno de los modelos más destacados dentro del enfoque posmoderno es el de Durrant y Kowalski, influido tanto por la terapia narrativa de White y Epston, como por la terapia centrada en soluciones de De Shazer. Durrant y Kowalski (1993, en Durrant y White, 1993) señala que el campo de la terapia dedicada a tratar a personas que han sufrido agresiones sexuales está “plagado” de prescripciones, tanto para pacientes como para terapeutas, la mayoría de las cuales se basan en un modelo que promueve la autocaracterización de víctima, a partir de creencias tales como que el terapeuta es experto que posee conocimientos especiales referentes al abuso sexual a los cuales el paciente debe someterse, que el paciente está dañado o quebrantado por el abuso, que el objetivo de la terapia ha de ser comprender las dinámicas del abuso y que para producir el cambio es necesaria una experiencia catártica o correctora; el modelo propuesto por Durrant, basado en el trabajo de D. Epston y M. White, propone la autocaracterización como “persona competente: 1) El consultante es un experto en su propia vida, tiene la capacidad de determinar qué es lo mejor para él y el terapeuta respeta esto; 2) se considera que el cliente se siente oprimido por los efectos del abuso y lucha contra ellos; 3) el modelo de los recursos (del enfoque centrado en soluciones) apunta a rearmar las fuerzas y los recursos del consultante; 4) el objetivo del tratamiento es que el cliente se considere una persona competente capaz de controlar la influencia de los efectos del abuso; 5) la mejor «experiencia correctora» es que el consultante armonice su vida del modo que más se ajuste a su verdadera personalidad; una vez que el cliente advierte esta posibilidad, el cambio se produce naturalmente.

Para Durrant y Kowalski, es crucial distinguir entre el haber sido víctima y el *ser* víctima; en sus palabras



*“... nuestros pacientes que sufrieron un abuso sexual fueron víctimas de un acto violento y opresivo, un acto que no pudieron controlar, el que no fueron invitados y que fue realizado sin su conveniencia (...) algunos pacientes continúan considerando ese aspecto (el hecho de haber sido víctimas) como un punto central de la imagen que tienen de sí mismos (...) [el diccionario Oxford] ofrece la siguiente definición de víctima: aquél que está reducido o destinado a sufrir alguna acción opresiva o destructora. La idea de estar «destinado a sufrir» implica claramente la naturaleza continuada del estado de víctima y sospechamos que ocurre algo semejante con el concepto popular de lo que significa ser una víctima. Esto equivale a decir que la gente continúa considerándose víctima y así desarrolla una imagen continuada de sí misma que excluye la posibilidad de sentirse competente o confiada” (Durrant y Kowalski, 1993: 93-94, en Durrant y White, 1993)*

Estos autores enfatizan que tales preocupaciones pueden transformarse en “profecías autorrealizables”, que promueven la aparición de problemas adicionales dado que los pacientes se encuentran más dispuestos a interpretar los hechos atendiendo al abuso antes que a las presiones de la vida que son superables; los enfoques terapéuticos son diferenciados entonces como aquellos que fortalecen la imagen de víctimas que los pacientes tienen de sí mismos y los enfoques que sirven para realzar una autoimagen de capacidad progresiva

Los principios básicos del enfoque propuesto por estos autores, como el modelo de De Shazer (1991, 1992), se centran en las *excepciones*, esto quiere decir que al interrogar a los pacientes sobre las ocasiones en que el problema no había constituido un problema o lo había constituido en menor medida, es posible reconocer los recursos de los que el paciente previamente echó mano para resolver el conflicto y además se reconoce su competencia para hacerlo (De Shazer [1991, 1992], señala que en las excepciones están las soluciones). Además el modelo de Durrant y Kowalski, se encuentra la distinción entre el abuso y los “efectos del abuso”; pues señalan

*“Las personas buscan ayuda terapéutica no porque hayan sufrido una agresión sexual sino porque están experimentando alguna dificultad personal o en sus relaciones (que bien puede haber tenido su origen en la experiencia del abuso). Las propias creencias del paciente sobre el origen de sus dificultades pueden llevarlo a considerar el abuso como el*

*problema; sin embargo, lo que desean resolver son la dificultades que se presentan luego (...) Esto significa que el abuso es un problema a causa de sus efectos” (Durrant y Kowalski, 1993: 99-101, en Durrant y White, 1993)*

Esta distinción resulta importante, pues la terapia que se concentra en los efectos del abuso (y no en el abuso *per se*) puede promover un foco de solución, ya que es más fácil esperar resolver y superar los efectos posteriores, específicos, que el problema del abuso en sí mismo, “reconocemos que las pacientes fueron víctimas de abuso sexual; sin embargo, sugerimos que pueden dejar de ser víctimas de los consiguientes efectos del abuso” (Durrant y Kowalski, 1993: 101, en Durrant y White, 1993). Esto no implica que consideren el abuso sexual desde un punto de vista más benevolente, sino que resulta útil reconocer los efectos que pueden estar (y con frecuencia están) vinculados con el abuso sexual aunque no los consideran inevitables, la creencia de la inevitabilidad es en muchas ocasiones la que provoca los problemas ulteriores; los efectos del problema son algo adquirido que puede ser reconocido y sobre lo que se puede actuar.

Durrant y Kowalski (1993) consideran como uno de los efectos principales del abuso sexual la agresión en la autopercepción, que la gente desarrolla una versión de sí misma y de sus interacciones “dominada por el abuso” (1993: 105, en Durrant y White, 1993): el sentido que las personas dieron al abuso mismo y a sus efectos –señalan– llegan a constituir una especie de lente a través de la cual observan el resto de sus experiencias, las personas advierten y dan gran importancia a los hechos que se ajustan a la versión dominada por el abuso que han elaborado de sí mismas, de los demás, de sus relaciones y de las situaciones. Las excepciones o logros únicos (acontecimientos extraordinarios) constituyen las contradicciones que se deben utilizar para elaborar una versión competente de sí mismo, el acento en la solución reconoce que las soluciones pueden comenzar con pequeños cambios, sobre los cuales pueden construirse luego cambios mayores. En este sentido,

*“El hecho de haber sufrido una agresión sexual puede ser una experiencia «objetivante» para la persona (...) Tal objetivación tiende tanto a establecer prescripciones para la experiencia de la persona, como a hacer parecer más remota la posibilidad de una solución. Externalizar el problema apunta a contrarrestar este efecto al objetivar el*

*problema (los efectos del abuso) antes que a la persona” (Durrant y Kowalski, 1993: 121, en Durrant y White, 1993).*

El proceso centrado en la solución propuesto por Durrant y Kowalski se orienta también hacia el futuro, se basa en la idea de que llegará un momento en que los efectos del abuso ya no dominarán la situación. En lo referente a si se debe o no hablar del abuso, Durrant y Kowalski consideran que la prescripción de que los pacientes deben relatar los detalles resulta opresiva y abusiva, queda a decisión del consultante si habla del abuso o no, y de qué forma hacerlo.

Finalmente,

*“La terapia que aplicamos en los casos de pacientes que sufrieron algún abuso sexual puede prolongarse o no y con frecuencia es dificultosa. Sin embargo, creemos que poner el acento en ayudar a los pacientes a utilizar aquellos ejemplos ya existentes de competencia para elaborar nuevas autopercepciones que los capaciten para interactuar de manera diferente con el mundo exterior, no solamente es algo que resulta útil a los pacientes, sino que es un enfoque que nos permite no «sucumbir» a la enormidad de la experiencia abusiva. Es importante que la complejidad y la magnitud de las experiencias que paralizaron a nuestros pacientes no nos paralicen también a nosotros” (Durrant y Kowalski, 1993: 151, en Durrant y White, 1993).*

En México, Quintero y Andrade (2012) llevaron a cabo la evaluación de un programa de intervención con modelo narrativo en mujeres que vivieron abuso sexual infantil. Esta intervención tomó como punto de partida que el enfoque narrativo pone en duda la existencia de verdades absolutas y cuestiona la misión de la objetividad, por lo que se enfocó la deconstrucción del surgimiento y permanencia de las creencias alrededor del abuso sexual infantil. Tras 11 sesiones de tratamiento en cuatro mujeres, los resultados se reportaron como positivos para el tratamiento.

Así pues, existen diferentes modelos terapéuticos que, desde el enfoque narrativo y posmoderno, han abordado el abuso sexual desde una dinámica procesual que enfatiza las capacidades de los consultantes, su supervivencia al evento traumático y su posibilidad de liberarse de los efectos que han generado conflictos en su vida. Cada modelo de intervención

tiene sus propias ventajas y es por ello que muchos modelos terapéuticos distintos se aplican a situaciones tan complejas como lo es el abuso sexual, sin embargo, el abordaje narrativo permite reconocer a las personas como sobrevivientes desde antes del proceso, pues no considera la patología ni el síntoma como determinantes de la identidad. En el caso del abuso sexual, como se revisó, hay muchas personas que no desarrollan síntomas, mientras hay otras que los sufren en distinto tipo e intensidad hasta su vida adulta; estudios realizados por Norman (2000, en García y Mardones, 2010) y Kaminer (2000, en García y Mardones, 2010) señalan que la diferencia entre el desarrollo de una psicopatología y el no hacerlo tras una experiencia traumática reside esencialmente en la capacidad de la persona para darle sentido a dicha experiencia, al respecto García y Mardones (2010:4) señalan que “el modelo narrativo de White y Epston, coherente con esto, afirma que las experiencias adversas son también historias de resiliencia y supervivencia y que estos aspectos pueden ser ampliados y enriquecidos a través del proceso terapéutico”.

### Capítulo 3. Grupos terapéuticos

De manera general, los grupos se consideran una parte fundamental de la existencia humana, en tanto el ser humano es un animal gregario, pero es además un animal social, que atribuye sentido a su experiencia a partir de sistemas simbólicos socialmente constituidos. Los grupos a los que un individuo pertenece lo dotan de un sentido de pertenencia, le ayudan en la constitución de su identidad y pueden servir para que la persona reciba afecto, aceptación y apoyo, que constituyen necesidades no fisiológicas básicas en la vida humana.

A través de los grupos se crean vínculos que favorecen la reproducción cultural (Bourdieu, 2002), la institucionalización de las prácticas sociales (Berger y Luckmann, 1997) y la atribución de sentido a las experiencias de la vida cotidiana (Schütz, en Berger y Luckmann, 1997). Esto se logra a través del proceso de socialización, por medio del cual el individuo interioriza las reglas sociales y establece vínculos afectivos con otros individuos junto con los cuales construye supuestos que le permiten comprender el mundo circundante, esto es, aprende los símbolos sociales y los aprehende como dotados de significado en función de las comunidades de sentido a las que pertenece.

Se puede decir que el individuo pertenece a grupos de manera natural (como la familia) o artificial, en el caso de grupos a los que se afilia en instituciones sociales como la escuela, el trabajo o los clubes sociales; estos grupos “artificiales” son también denominados de socialización secundaria, y es en ellos en los que el sentido de pertenencia es atribuido a áreas de identidad desvinculadas de la biología de la persona, pues no están vinculados con los lazos sanguíneos, sino con distintos compromisos sociales que la persona adquiere en el curso de su vida. Baste decir, por el momento, que “cada individuo puede subsistir –a largo plazo y desde el punto de vista social– únicamente como miembro de un grupo, si bien pueden darse grandes diferencias respecto al grado y amplitud de la inserción de los diferentes individuos en uno o varios grupos”. (Sbandi, 1980: 86)

Ahora bien, estos grupos representan la forma en la cual las personas se unen a otros por cualesquiera motivos cotidianos, pero existen otras formas de agrupación, las cuales tienen que ver con la unión de las personas para la consecución de objetivos, y específicamente,

existen los grupos terapéuticos, en los que la finalidad de la reunión del grupo es la superación de conflictos personales ante los cuales las personas no han encontrado una solución. Este tipo de grupo tiene características singulares, pues no sólo se trata de un grupo artificial, sino de un grupo con una meta impulsada por aspiraciones personales y no por motivaciones institucionales, es además un grupo que tiene un dispositivo de trabajo particular que es el dispositivo de tratamiento, con reglas explícitas y membresía delimitada por un contexto particular, características que no se presentan en otro tipo de grupos sociales.

### **3.1 DINÁMICA DE GRUPOS**

De manera general, se considera como grupo a la reunión de dos o más personas con un objetivo. El fenómeno del «Grupo» ha sido estudiado por diversas disciplinas, pertenecientes tanto a las ciencias naturales como a las sociales, y no existe una teoría unitaria del grupo dado que las distintas disciplinas emplean diferentes explicaciones para los fenómenos grupales (Sbandi, 1980).

Para Kães, (1993; en Díaz, 2000), el grupo designa la forma y la estructura de una «organización de vínculos intersubjetivos», así como un «dispositivo de investigación y tratamiento» de los procesos y formaciones de la realidad psíquica del individuo que participa en la reunión de sujetos en un grupo. El grupo tiene cuatro funciones fundamentales: a) asignación de lugares y espacios; b) cognición y representación; c) defensa y protección; d) producción y reproducción. En el grupo, se impone el fundamento social, socavando los sentimientos de aislamiento y estimulando la integración social, que son en sí mismo factores terapéuticos (Kães, 1995). Adicionalmente, esta organización es cualitativamente distinta de las partes que la componen, y no puede representarse simplícidamente como la suma de sus elementos, por el contrario, el grupo debe ser considerado como “dinámico” en tanto hay interdependencia entre sus partes y existen múltiples fuerzas que actúan sobre la totalidad (Lewin, 1963; en Sbandi, 1980).

Si el grupo ha de ser entendido como una “totalidad dinámica”, debe comprenderse entonces, en primer lugar, qué se entiende como “dinámica de grupos”; al parecer K. Lewin

fue el primero en emplear esta expresión, en 1939, el término se refiere al punto en que converge la interacción de varias personas “... *designa pura y simplemente las fuerzas desplegadas por el grupo, las cuales ejercen una influencia tanto hacia adentro como hacia afuera del mismo*” (Sbandi, 1980: 89). Esto implica que las fuerzas del grupo no sólo actúan sobre él como totalidad y sobre sus componentes, sino que además se extienden a ámbitos fuera del grupo, se puede interpretar como los grupos sociales amplios, en los que interactúan los miembros del grupo, o el “campo social” como entorno en que interactúan con *otros*.

La dinámica de grupos puede significar (Sbandi, 1980: 91):

1. Las fuerzas y su conjugación dentro de un grupo o pequeña aglomeración de personas;
2. El sector de la psicología social que investiga las cuestiones de la convivencia en y entre las colectividades;
3. El concepto genérico que abarca una serie de métodos y técnicas que deben ayudar al individuo a conocerse mejor a sí mismo dentro de reducidos círculos de personas.

A esta tipificación debe añadirse que en el caso de los grupos terapéuticos, se asume como parte de la dinámica de grupos los factores curativos y los procesos de identificación, inclusión y exclusión que surgen entre sus miembros. Con fines de desambiguación, es necesario decir que en los grupos terapéuticos hay una inclinación a asumir la dinámica de grupos de acuerdo con la primera acepción.

Desde una perspectiva intersubjetiva (de construcción social de la realidad), las “fuerzas” que se mueven en el interior del grupo sirven para que los individuos den sentido a la realidad que viven, sean capaces de atribuir significado a sus acciones y sean capaces de representarse los hechos que se les presentan en su vida cotidiana; esto es, sirven para reproducir y dar sostén a las representaciones que se hacen del mundo y que dirigen sus prácticas, según las reglas establecidas –implícita y explícitamente– para la convivencia en el campo social.

Las características “ideales” que definen un grupo dependen de la orientación teórica de quien las define, en general, las características del grupo tienden a señalarse en función de las relaciones mutuas entre sus miembros, caracterizando en los grupos primarios relaciones cara a cara y emocionales (generalmente referidas a la familia), y los grupos secundarios a grupos cuyas relaciones son institucionales y se basan en tipos sociales de organización (Sbandi, 1980; Berger y Luckmann, 1997). Desde esta lógica, los grupos terapéuticos serían grupos secundarios, aunque esta clasificación puede no encajar del todo en la descripción de este tipo de grupo, dado que, si bien es un grupo creado “artificialmente” con objetivos delimitados, en él existen intensas interacciones de tipo emocional y cara a cara, los participantes establecen vínculos afectivos que bien podrían asimilarse como el tipo de vínculos que se establecen con la familia, aunque sea sólo por un periodo de tiempo limitado.

### **3.2 GRUPOS TERAPÉUTICOS**

La psicoterapia es una forma de *intervención psicológica clínica*, es un método que pretende inducir cambios en el comportamiento, pensamiento o sentimientos de una persona, dicha intervención se da en el contexto de una relación profesional y se emprende para solucionar un problema o mejorar la capacidad individual (Phares y Trull, 2003). La psicoterapia no es una simple conversación entre dos individuos, pues uno de ellos, el profesional, dispone de habilidades técnicas y de un conocimiento teórico que le permiten asistir a quien lo consulta, mediante la aplicación del “método clínico” (Arteaga y Fernández, 2010) que es una variante del método científico, por lo que la intervención tiene un fundamento teórico metodológico orientado a resolver los conflictos por los que el profesional es consultado. La psicoterapia de grupo es un tratamiento eficaz, que presenta ventajas sobre la disponibilidad y la rentabilidad (Vinogradov y Yalom, 1996), pues puede tratar un número mayor de personas empleando eficientemente el tiempo, el espacio y el personal disponible, y su costo es menor tanto para instituciones como para los participantes, con respecto al modelo de terapia individual. Además, la terapia de grupo tiene flexibilidad en cuanto a escenario, objetivos y marco temporal, pues cada grupo tiene su propio diseño.



La psicoterapia pasó de ser individual a grupal en los comienzos del siglo xx, uno de los primeros trabajos de grupo fue el de Joseph H. Pratt en 1905, seguido por el Psicodrama de Jacob Levy Moreno en 1925, y tras la Segunda Guerra Mundial hubo un auge en el trabajo de grupo (Phares y Trull, 2003; González, 1999). Desde entonces los enfoques de terapia grupal han aumentado y se ha diversificado ampliamente esta forma de intervención clínica, si bien al parecer los grupos de orientación cognitivo-conductual se han vuelto predominantes después de la década de los sesenta (Guimón, 2003). En sí, “la terapia de grupo es una forma de tratamiento ampliamente practicada y que se emplea en gran número de escenarios con probado grado de eficacia” (Vinogradov y Yalom, 1996: 19). Una posible razón del por qué se ha recurrido tan ampliamente a la terapia de grupo, además de su rentabilidad para instituciones, tiene que ver con los procesos de individuación de las sociedades contemporáneas, actualmente parece existir una sensación creciente de aislamiento social, una falta de relaciones interpersonales e interacciones cara a cara, desde este punto de vista

*“... las experiencias grupales de cohesión, de apoyo o de autorreflexión parecen ser cada vez más difíciles de alcanzar (...) Los grupos constituyen una parte esencial de nuestra experiencia de desarrollo (...) El creciente número de grupos que se están utilizando en escenarios no psiquiátricos indica la necesidad general que siente la gente de vivir experiencias grupales de cohesión y apoyo.” (Vinogradov y Yalom, 1996: 23-24)*

Generalmente, al hablar de psicoterapia, la imagen más recurrente es la de una psicoterapia individual, un encuentro entre dos personas, que buscan la resolución de los conflictos del cliente, y un experto que puede ayudarlo a lograrlo, representado por el terapeuta. Por sus beneficios económicos y rentabilidad, la psicoterapia de grupo podría asumirse como “menos efectiva” que la psicoterapia individual, como se verá más adelante ello resulta falso, por ahora, vale la pena puntualizar que la terapia de grupo no sólo mantiene los beneficios de la terapia individual, sino que suma a los esfuerzos del cliente y el terapeuta los esfuerzos del resto de los miembros del grupo, pues

*“El encuentro psicoterapéutico grupal es una forma especial de psicoterapia en la cual, un número determinado de personas ayuda a otras con la guía de un experto (...) El psicoterapeuta selecciona a sus integrantes los cuales van a beneficiarse con esta forma*

*de psicoterapia, sobre todo para resolver sus dificultades emocionales y para trabajar en su desarrollo personal” (Llanos, 2004: 412).*

El grupo terapéutico se distingue de otros grupos sociales tanto por sus objetivos como por su encuadre, es decir, por las normas que regulan la actividad de sus miembros.

O’Donnell, P. (1974 y 1977; en Díaz, 2000) define al grupo terapéutico

*“(…) como una organización microsociaI objetivamente descriptible; reunión de personas organizadas en un tiempo y espacio determinados, que tienen como objetivo la revelación y transformación de las conductas inadecuadas de sus integrantes y el descubrimiento y afirmación de conductas sanas. En la sumatoria de los grupos internos de sus integrantes. El grupo psicoterapéutico (microgrupo), reproduce las características del contexto socioeconómico (macrogrupo)”.*

Por lo cual, al hablar del grupo terapéutico, es necesario atender no sólo a las cualidades intrapsíquicas o subjetivas de los participantes, sino también a las interpersonales y culturales de origen de los miembros que conforman el grupo.

Otra definición señala que

*“El grupo terapéutico es una «sociedad en pequeño» (Battegay, 1973), en ella se dan leyes, fenómenos sociales y psicológicos que hacen recordar a la gran sociedad. Todo aquel que ingresa a un grupo se ve obligado a aceptar las leyes de convivencia humana (...) esto obliga a la revisión de actitudes y aproximaciones, todo lo cual es terapéutico” (Llanos, 2004: 414).*

La terapia de grupo no ha escapado a la influencia de las posturas posmodernas, entre sus aportaciones para la modificación de la forma de concebir este modelo de intervención Pérez y Fernández (2002), retomando a O’Leary, señalan cinco aspectos: 1) el grupo requiere un profundo compromiso de un conocimiento en colaboración, por oposición a un saber basado en la experticia del terapeuta; 2) la sensibilidad posmoderna promueve alentar a todas las voces, en particular aquellas que tienden a ser excluidas, pues representan puntos de vista no convencionales; 3) todo *insight* debe ser considerado como una posibilidad narrativa, constantemente sujeta a cambios y revisiones, y no como una realidad fija o una explicación

definitiva; 4) el grupo debe estar preparado para discutir en profundidad los mandatos sociales ocultos y apelar a que todos los integrantes expandan su conciencia respecto del peso de sus bases culturales; 5) el terapeuta debe monitorear constantemente sus propias colisiones con determinadas dinámicas grupales y normas que puedan coincidir con su idiosincrasia.

Desde la perspectiva del modelo narrativo, y en un intento de contemplar el trabajo grupal según este enfoque, propongo que la psicoterapia narrativa de grupo puede ser definida como un encuentro colaborativo entre más de dos personas que tienen un objetivo común y que, por medio de la conversación, crean “comunidades de sentido” (Berger y Luckmann, 1997) que orientan las prácticas y significados atribuidos a diferentes experiencias y conflictos presentes en la vida, a fin de ampliar su “repertorio de roles” (Goffman, 2001) y generar visiones de la “identidad no deteriorada” Goffman (2006), mediante la deconstrucción de los discursos dominantes para la posterior re-construcción de un discurso *denso* (Geertz, 2005; White y Epston, 1993; White, 2000, 2002a, 2002b, 2004) y una identidad preferida que dé cuenta de los recursos, valores y compromisos de la persona y sus experiencias enriquecidas (White y Epston, 1993; White, 2000, 2002a, 2002b, 2004) y que contemple la interiorización de su agencia para dirigir su vida (Tomm, 1989).

En la psicoterapia de grupo participan tanto quienes acudieron a solicitar la terapia como el encargado (o los encargados) de guiar el proceso, y todos colaboran en el proceso terapéutico del grupo, siendo el terapeuta quien participa en una mayor cantidad de roles, pues es conductor, árbitro, animador, instigador, maestro e integrante del grupo (Llanos, 2004), probablemente White añadiría que el terapeuta es también aprendiz. Las ventajas de este encuentro van más allá de consideraciones económicas, pues es una forma de tratamiento que utiliza propiedades terapéuticas que no comparten otras psicoterapias, provenientes de las relaciones interpersonales, las cuales son cruciales en el desarrollo psicológico (Vinogradov y Yalom, 1996), y son además sustantivas en la construcción de identidades (Goffman, 2001), el establecimiento de vínculos afectivos y la construcción intersubjetiva de sentido (Berger y Luckmann, 1997).

El empleo de la psicoterapia de grupo como dispositivo terapéutico, obedece al postulado de que existe una necesidad innata en el ser humano que le impulsa a reunirse para compartir, por lo que el compartir con otros genera una acción intensificadora del grupo sobre las emociones, permite que exista la resonancia de cada uno en asociación con otro, la activación de ideas y fantasías, el reconocimiento de las propias tendencias y hábitos, y ayuda a comparar las nuevas situaciones interpersonales con las ya vividas (Llanos, 2004). Las expresiones de un integrante del grupo, pueden provocar la aparición de recuerdos, el establecimiento de asociaciones o el surgimiento de emociones similares en uno o varios de los demás integrantes; esta resonancia ayuda al reconocimiento de las propias ideas, creencias y emociones, y es por ello que el grupo asiste a sus participantes de una forma más rica que la que suele reconocérsele. Para Vinogradov y Yalom

*“La psicoterapia de grupo es la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes (...) el grupo mismo [debido a las interacciones entre participantes y entre participantes y terapeuta], así como la aplicación de técnicas específicas y la realización de intervenciones por parte del terapeuta cualificado, sirve como instrumento de cambio. Esta característica otorga a la psicoterapia de grupo su excepcional potencial curativo” (1996: 15)*

Aunque en términos generales puede caracterizarse la finalidad del grupo terapéutico como “la curación de sus miembros” (Sbandi, 1980), la meta u objetivo del grupo terapéutico dependerá también en su definición del modelo teórico y la concepción del proceso; si bien es cierto que en las terapias modernas está ampliamente extendido el lenguaje médico de paciente, cura, etc., también es verdad que hay grupos concebidos desde enfoques que emplean una terminología diferente, y en consecuencia plantean la finalidad del grupo según otros conceptos, como pueden ser la “autorrealización” o el “crecimiento personal”; lo que es general a todos los modelos es, en última instancia, la concepción de la finalidad de la terapia como el *cambio* de un estado a otro (dependencia/independencia, infelicidad/felicidad, conflicto/solución, etc.). Desde un enfoque socio construccionista, por supuesto, el dispositivo terapéutico se concibe como una colaboración que favorece el cambio, desde el punto de vista del modelo narrativo, esta colaboración se orientaría a

“trascender el relato” (Gergen, 2006), mediante la creación de relatos ricos, multi-historiados, y de identidades preferidas (White, 2000, 2002a, 2002b, White y Epston, 1993; Payne, 2002).

La meta del grupo, que no la suma de las metas de los miembros del grupo, surge cuando las motivaciones de cada miembro pueden ser reducidas a un denominador común, y este resulta claro para todos los participantes (Sbandi, 1980). En el grupo terapéutico se utiliza el *foco grupal*, que es

*“Un artificio teórico-técnico que permite delimitar y sintetizar una totalidad dinámica y subjetiva, a fin de organizar el trabajo psicoterapéutico cuando las limitaciones de tiempo o las demandas planteadas por determinadas prioridades lo exigen. El foco grupal se construye por doble vía: es elegido por el terapeuta a partir de su apreciación clínica y plan de trabajo, y a la vez es construida por el grupo a través de sus producciones (...) que están formadas y reflejan los conflictos centrales de cada integrante”* (González, López, Pazarán y Sánchez, 2004: 156)

La importancia de reconocer el foco grupal y la negociación que implica (aunque sea implícita, es una negociación entre los objetivos del terapeuta y los conflictos producidos por los miembros del grupo) radica en que, toda vez que se trata de un grupo de tiempo limitado, es necesario dar prioridad a aquellos aspectos que resultarán en el logro de la meta grupal. De acuerdo con Roven y Rietsema (1957, en Sbandi, 1980: 108) a mayor claridad de la meta para todos los miembros del grupo, corresponden una menor sensibilidad del individuo a la tensión, menores sentimientos hostiles en los individuos, mayor apreciación positiva del individuo por su trabajo, y mayor influencia del grupo sobre el individuo.

En los grupos breves y de duración limitada, resulta crucial que los objetivos sean específicos y explícitos y realistas, deben estar de acuerdo con ellos tanto el terapeuta como los miembros del grupo, los objetivos deben ser congruentes con el tamaño del grupo, el número, duración y frecuencia de las sesiones, la meta terapéutica y con la experiencia del terapeuta (Klein, 1996).

Para la consecución de la meta grupal, y el logro de los objetivos planteados, resulta esencial promover tanto la participación como la movilización de las fuerzas que otorgan al grupo su dinamismo, que le mueven al cambio; un recurso útil en los grupos terapéuticos, especialmente los que son de *tiempo limitado*, es el empleo de las sesiones prolongadas. La sesión prolongada se considera útil “*para movilizar al grupo, para romper intelectualizaciones, estereotipos de roles y de supuestos básicos (...) para trabajar la interacción grupal en el «aquí y ahora» y resolver conflictos grupales*” (Nieto, 1992, en González *et. al.*, 2004: 157)

Además del enfoque teórico, los grupos terapéuticos se definen por el tipo de inclusión de miembros y el marco temporal en que se desarrolla el proceso terapéutico (González, 1999; Sbandi, 1980). En cuanto a la inclusión, los grupos pueden ser homogéneos (mismos problemas) o heterogéneos (conflictos distintos), pueden ser mixtos o de un sólo sexo, abiertos (los miembros que salen son reemplazados por nuevos miembros) o cerrados (los miembros son los mismos de principio a fin). El encuadre temporal se refiere a la duración del grupo, pudiendo ser este de tiempo indefinido, o de tiempo limitado. El grupo, al ser dinámico, sigue un proceso de cambio y desarrollo, independientemente del encuadre temporal, los grupos de duración limitada siguen una secuencia evolutiva similar que contempla cinco fases (Klein, 1996), a saber:

1. Comienzo del grupo: los miembros tratan de clarificar su posición dentro y fuera, expresan inquietudes respecto a la seguridad, comienzan a determinar la forma en que va trabajar el grupo. El terapeuta discute con ellos los límites temporales, clarifica los temas focales, ilustra las similitudes entre los miembros y promueve la cohesión.
2. Terapia temprana: los miembros del grupo muestran signos de mejoría o empeoramiento iniciales, el final del grupo se ve aún lejano y los miembros se muestran esperanzados y confían en recibir ayuda, a menudo prestando asistencia a los demás.
3. Fase intermedia del grupo: en esta etapa pueden presentarse la desconfianza y la frustración porque los miembros del grupo se percatan de que ya van a la mitad del

proceso y aún faltan cuestiones por trabajar. En esta etapa el terapeuta debe manejar la “crisis de confianza”.

4. **Terapia avanzada:** es un periodo de intenso trabajo en el grupo, los miembros se sienten íntimamente implicados, toman conciencia de la próxima disolución del grupo y se sienten motivados por la limitación del tiempo para perseguir sus objetivos, al mismo tiempo que luchan contra la tendencia emocional a abandonar. En esta fase el terapeuta alienta la exploración de los temas focales en profundidad y utiliza la cohesión del grupo para mejorar el aprendizaje y el apoyo.
5. **Terminación:** el grupo se caracteriza por emociones intensas cuando los miembros experimentan la terminación del grupo e intentan consolidar lo que han aprendido y lo que pueden llevarse consigo. El terapeuta en esta etapa busca ayudar a los miembros a conservar su compromiso y cohesión aun cuando el grupo está acabando, se centra en la terminación y evita modificar la fecha límite, aun cuando se la soliciten.

En los grupos de tiempo limitado, es importante que el terapeuta haga una selección y preparación de los participantes para el trabajo grupal, que mantenga el foco de trabajo (foco grupal), promueva la cohesión del grupo y maneje las reacciones a los límites de tiempo que pueden despertar sentimientos de insatisfacción, de manera concienzuda (Phares y Trull, 2003). Algunos autores, como Budman y Gurman (1988, en Phares y Trull, 2003) agregan una fase de seguimiento, que se caracteriza por el seguimiento que el terapeuta da a los integrantes del grupo, para conocer la estabilidad de los resultados de la terapia, y la evaluación del logro de la meta del grupo.

En lo referente a las técnicas, los grupos que tienen una epistemología psicoanalítica, emplean regularmente las técnicas de esclarecimiento, confrontación e interpretación (Vinogradov y Yalom, 1996), mientras que los grupos cognitivo-conductuales y humanistas suelen emplear las mismas técnicas de su modelo pero aplicadas dentro del dispositivo grupal, fomentando la discusión entre sus miembros. Existen, además, grupos con orientaciones teóricas múltiples y grupos con orientación teórica única (Guimón, 2003), siendo los primeros los que emplean técnicas y combinaciones de enfoques, como los

grupos de enfoque integrativo, los de psicodrama psicoanalítico, entre otros; y los segundos, de enfoque único, son los grupos en que sólo existe un modelo teórico y por ende sólo la aplicación de técnicas del mismo, si bien, incluso dentro de un solo enfoque teórico, existe una gran diversidad de formas de aplicación de las técnicas. Sea cual fuere la naturaleza teórica subyacente a la psicoterapia grupal, los terapeutas emplean técnicas que, desde su modelo, fomenten la participación de los miembros del grupo y su integración, aquellos elementos que conforman la cultura de grupo y fomentan la cohesión grupal para Yalom (1986). Es importante además establecer una atmósfera de respeto y confianza, pues la desconfianza, la agresión y la actitud negativa hacia el grupo son factores que inciden en su desintegración (González, 1999). Asimismo, en la terapia de grupo el terapeuta debe evitar la formación de subgrupos, de chivo emisario y de chivo expiatorio, y en su lugar promover la cohesión de todo el grupo y la participación de todo el grupo, sin la intermediación de un miembro particular.

La creación de un grupo supone establecer una entidad física donde no la hay, esta es la primera tarea del terapeuta, que es el primer catalizador en tanto es por medio de él que los participantes se relacionan en primer lugar (Vinogradov y Yalom, 1996). Antes de llevar a cabo la terapia y de elegir a los miembros que participarán en ella, el terapeuta debe crear los cimientos sobre los que se edificará el trabajo grupal, ello requiere tanto de un modelo de intervención como del análisis de las limitaciones “intrínsecas” (cosas que el terapeuta no puede cambiar) y factores extrínsecos (sobre los cuales el terapeuta puede tener cierto grado de control, sobre los cuales debe planear), el terapeuta debe plantear objetivos asequibles para el grupo, el escenario, el tamaño del grupo –que idealmente debe ser entre siete y ocho miembros y no más de 10–, el marco temporal del grupo, la frecuencia y duración de las reuniones, el tipo de población, contexto y evaluación (Vinogradov y Yalom, 1996; Guimón, 2003; Llanos, 2004). Una vez llevado a cabo el diseño, el terapeuta procede a seleccionar y preparar a las personas que pueden trabajar para lograr los objetivos del grupo, teniendo en cuenta que una de sus responsabilidades es la creación de una cultura de grupo, que es el entorno que permite a los nuevos



miembros trabajar en conjunto de modo seguro y constructivo (Vinogradov y Yalom, 1996, Guimón, 2003), ampliando

*“Siempre que se reúne un grupo de personas (...) se desarrolla una cultura, un conjunto de reglas o normas no escritas que determinan el procedimiento conductual aceptable del grupo. El líder [terapeuta] debe crear en la terapia de grupo una cultura grupal en la que se produzcan interacciones enérgicas, sinceras y eficaces”* (Vinogradov y Yalom, 1996: 63)

La cultura de grupo “ideal” es aquella en la que los miembros otorgan gran valor a su grupo de terapia, en la que se favorecen la cohesión, el aprendizaje interpersonal y el trabajo conjunto, con respeto y confianza. Así pues, para fomentar la terapia de grupo, el terapeuta debe elegir a los miembros del grupo, de manera que pueda desarrollarse la cultura de grupo y que todos los miembros puedan sentirse motivados a participar en la tarea de grupo (Vinogradov y Yalom, 1996; Llanos, 2004). Una forma de lograr una cultura de grupo de este tipo es la de dar continuidad entre las sesiones rescatando interacciones y preocupaciones de sesiones anteriores, señalar la forma en que los miembros se han apoyado mutuamente, han aprendido entre sí, sus progresos personales, reforzar los testimonios que los miembros brindan acerca de la importancia del grupo en su vida o cuando indican que han pensado en otros miembros del grupo durante el espacio comprendido entre las sesiones (Vinogradov y Yalom, 1996). La cohesión grupal aumenta cuando los miembros llegan a reconocer la importancia de la información y el apoyo interpersonal, por ello el terapeuta debe señalar la forma óptima en que opera el grupo cuando cada miembro se considera agente potencial de ayuda y apoyo para los demás, si aprecian la información que pueden ofrecerse unos a otros, el terapeuta también puede llamar la atención sobre los incidentes que muestran la asistencia y apoyo que se han ofrecido los miembros del grupo en momentos de crisis o necesidad, y puede además enseñar explícitamente cómo pueden apoyarse mutuamente (Vinogradov y Yalom, 1996).

Ahora bien, dado que es el terapeuta quien elige a los miembros del grupo, existen ciertos criterios que debe seguir a fin de que se logren tanto un ambiente de confianza y seguridad como la cohesión del grupo, pues es este un grupo artificial al cual las personas se afilian por

recomendación del “experto”, y no por intereses o identificaciones espontáneas. Para Vinogradov y Yalom (1996; y Yalom, 1986), la cultura del grupo comienza a prepararse desde la elección de los participantes, dado que la cohesión es lo que hace del grupo un factor curativo en sí, el terapeuta debe buscar niveles similares de motivación y orientación al componer un grupo, equilibrar el grupo de tal manera que los miembros se mantengan motivados.

No todas las personas son candidatas a la psicoterapia en grupo (Klein, 1996; Yalom, 1986; Vinogradov y Yalom, 1996; González, 1999), por lo cual existen criterios de selección que señalan quiénes no deben ser integrados en la terapia grupal: 1) Personas con contraindicaciones personales; 2) Personas con contraindicaciones motivacionales; 3) Contraindicaciones diagnósticas “tradicionales” (por ejemplo personas con crisis psicóticas agudas, personas que abusan de sustancias, personas con enfermedades neurológicas que complican su interacción, y sociópatas). El grupo debe crear una unidad, el que un miembro presente una conducta “extremadamente desviada” amenaza la cohesión grupal y la supervivencia del grupo, los miembros deben contribuir a la integridad grupal (Vinogradov y Yalom, 1996).

Las “contraindicaciones por diagnóstico” (Guimón, 2003; Klein, 1996) existen dado que los participantes (esquizoides, caóticos, dementes, narcisistas, paranoides, suicidas, adictos, monopolizadores, depresivos, etc.) no participan en la tarea primaria del grupo, aunque algunos de estos tipos pueden funcionar bien en grupos homogéneos para su problema específico (por ejemplo, adicciones, suicidio, etc.). En cuanto a las contraindicaciones personales y motivacionales (Guimón, 2003; Klein, 1996), se consideran factores externos, por ejemplo, crisis agudas de estrés, y aspectos “desviantes” como sentimientos de inadecuación al grupo, hostilidad hacia la idea de trabajo de grupo, utilización del grupo para conseguir contactos sociales, expectativas poco realistas sobre el tratamiento, agresión y fracaso previo en la terapia de grupo, inconformidad con las normas grupales de conducta aceptable y grave incompatibilidad con uno o varios de los miembros restantes (Yalom, 1986; Vinogradov y Yalom, 1996; Guimón, 2003).

Por su parte, los criterios de inclusión son múltiples y consideran tanto aspectos personales como interpersonales: motivación para la terapia, expectativas para mejorar, definición de los problemas como interpersonales, identificación de áreas problemáticas específicas, buena disposición ante el trabajo en el grupo terapéutico (Klein, 1996; Llanos, 2004). Al integrar un grupo terapéutico siempre debe considerarse que implica un proyecto colaborativo, en que cada persona convivirá y trabajará con otros en quienes buscará apoyo, con quienes se puede identificar o disentir y con quienes compartirá experiencias íntimas que le son conflictivas. Las “indicaciones” para la inclusión (Guimón, 2003), se refieren a las recomendaciones para la elección de los participantes, que anticipan una buena adecuación al trabajo grupal y la minimización del riesgo de abandono (menos frecuente en los grupos de corta duración) y de sabotaje. Vinogradov y Yalom (1996: 58), señalan como criterios de inclusión: capacidad de realizar la tarea de grupo; motivación para participar en el tratamiento; áreas problemáticas compatibles con los objetivos del grupo; compromiso de asistir a las sesiones de grupo y permanecer durante toda la sesión. Guimón (2003: 143) señala que los predictores de una buena adecuación al trabajo de grupo son la motivación personal, la capacidad de auto develarse, de interactuar y de introspección y la adaptación, elementos que pueden identificarse mediante entrevistas y pruebas (en algunos casos mediante “grupos exploratorios”), y finalmente el criterio personal, tanto del cliente como del terapeuta, para decidir si la terapia grupal es adecuada. En este punto cabe señalar que, antes de realizar este análisis, conviene que el terapeuta explique qué es y qué no es la terapia de grupo, la forma de trabajo, etc. (Yalom, 1986; Vinogradov y Yalom, 1996; Klein, 1996).

La elección de los miembros también tiene que ver con la composición del grupo, si heterogéneo u homogéneo. Mientras un grupo heterogéneo permite el aprendizaje de distintos tipos de conflictos y su afrontamiento, así como se aproxima a una situación social externa (en tanto las personas son distintas entre sí), los grupos homogéneos permiten el aprendizaje de formas de afrontar el mismo tipo de problemas, y ofrecen una disminución del sentimiento de aislamiento, *“se comparte un sentimiento de comunidad que ofrece a sus miembros considerable apoyo y refuerza su autoestima (...). Los grupos homogéneos*

*«cuajan» más deprisa, se cohesionan y proporcionan una identificación grupal más inmediata, presentan un mayor nivel de asistencia, ofrecen más apoyo»* (Klein, 1996). Ello no quiere decir que el grupo homogéneo sea más deseable que el heterogéneo, la composición del grupo siempre se define, en última instancia, por el objetivo que tiene la formación del grupo en primer lugar. En el caso de grupos de tiempo limitado o enfoque breve, la composición del grupo debe ser preferentemente homogénea, en tanto en grupos abiertos de tiempo indefinido, debe ser preferentemente heterogénea, aunque no existe una regla rígida al respecto. Finalmente, como señalan Vinogradov y Yalom (1996), en la práctica clínica el terapeuta más que elegir a los miembros del grupo los descarta, en función de los objetivos del grupo, pero también de su capacidad para tolerar las interacciones personales y reflexionar sobre ellas, participar en la tarea de grupo y posibilidad de aprender interpersonalmente.

Antes de comenzar el trabajo grupal, los consultantes son preparados por el terapeuta (Yalom, 1986; Vinogradov y Yalom, 1996; Klein, 1996; Guimón, 2003; Llanos, 2004). En la preparación, deben resolverse las dudas del consultante, analizar los posibles obstáculos o dificultades a las que puede enfrentarse, advertir que el grupo no es una alternativa menor o “inferior” a la psicoterapia individual, explicarle las ventajas de la terapia grupal y advertir sobre los sentimientos de desaliento que pueden surgir en el proceso –especialmente en las primeras etapas–; también debe describirse el tipo de comportamiento que se espera de los pacientes en el grupo, establecer el contrato de asistencia, aumentar las expectativas sobre los efectos del grupo mediante proporcionar a la persona una explicación sobre el proceso de la terapia de grupo y sus beneficios (Yalom, 1986; Vinogradov y Yalom, 1996; Guimón, 2003).

A menudo se recomienda que, como parte de la preparación, se realice un contrato terapéutico, el cual sirve como punto de referencia de la tarea a desarrollar, una forma de detectar y manejar las dudas y/o “resistencias” y ayuda a preparar al cliente para participar en el grupo, aclarándole en qué consiste el trabajo y qué se espera tanto de los miembros como del grupo, abordando abiertamente las expectativas negativas con objeto de que la persona participe plenamente en el tratamiento, así como estableciendo las reglas y el compromiso de asistencia y permanencia (Vinogradov y Yalom, 1996; Klein, 1996). Los

aportes de la Teoría general de Sistemas a la psicoterapia han permitido desarrollar técnicas que no están orientadas al trabajo intrapsíquico, como no hay interpretación del contenido “inconsciente” no hay resistencia al contenido, por lo que no son atendidas las resistencias a la transferencia ni al contenido (Guimón, 2003); la resistencia desde una perspectiva sistémica se considera como un temor natural al cambio (Watzlawick, Fisch y Weakland, 1992; Fisch, Weakland y Segal, 1994; Minuchin y Fishman, 2004; Minuchin, 2004), por lo que la “anticipación y manejo de las resistencias” desde esta óptica, debe ser entendida como el manejo del temor al cambio y la anticipación de las acciones que la persona puede adoptar para enfrentarlo.

Vinogradov y Yalom (1996: 63) caracterizan el procedimiento de la preparación *pre grupal* de la siguiente manera:

- Ocurre durante la entrevista de admisión.
- Orienta a los pacientes sobre el horario, ubicación, composición y objetivos del grupo.
- Describe una sesión grupal típica en términos claros, concretos y de apoyo.
- Establece un acuerdo sobre la asistencia y la conducta apropiada en el grupo.
- Advierte de los problemas iniciales más corrientes (sensación de exclusión, desánimo por falta de cambio rápido, frustración por no ser siempre capaz de hablar).

Este procedimiento proporciona una estructura cognitiva sobre el grupo que permite a los miembros participar de forma más eficaz en el grupo, incrementa la cohesión y acelera el trabajo terapéutico; la preparación es además útil para prevenir el abandono del grupo, el cual pone en riesgo su estabilidad y cohesión (Vinogradov y Yalom, 1996; Guimón, 2003).

El papel del terapeuta en la terapia grupal es muy importante, pues en este tipo de terapia no sólo es “experto”, sino también es participante. Las tareas básicas del terapeuta son las de crear y mantener el grupo y construir una cultura grupal, preparar a los participantes para el trabajo en el grupo y formular los contratos, establecer los horarios y lugares de encuentro,

fomentar una atmósfera en la que los miembros del grupo puedan hablar con libertad, procura que se reconozcan y resuelvan los factores que amenazan con romper la integridad del grupo, y modela normas consecuentes con los objetivos terapéuticos (Yalom, 1986; Klein, 1996; Vinogradov y Yalom, 1996; González, 1999; Llanos, 2004). Klein (1996) señala, además, que en el caso de terapias breves el terapeuta debe desmitificar la terapia, haciendo hincapié en que los participantes son los responsables de su propio trabajo durante el proceso y del logro de sus objetivos terapéuticos. Por otro lado, para Guimón (2003), el conductor –terapeuta– es responsable de no incluir en el grupo personas con alto riesgo de abandono o sabotaje, debe hacer respetar las normas de respeto y confianza, debe tener una formación sólida y contar además con las cualidades personales de espontaneidad, fortaleza del *yo*, sentido del humor, capacidad para aceptar sus propios errores (auto observación y auto crítica), y capacidad para actuar como intérprete, observador y participante.

Continuando con los aspectos técnicos del grupo, el encuadre se refiere al espacio, duración y contrato terapéutico que establecen cómo, cuándo y dónde se llevarán a cabo las sesiones, qué es lo que se espera de los miembros del grupo en cuanto a actividades y las normas de relación y convivencia en cada encuentro grupal. En lo referente al *setting*, el espacio de las sesiones, debe ser un lugar íntimo y siempre el mismo, en donde las personas puedan hablar libremente, bien iluminado y bien ventilado; en cuanto a la duración, se recomienda que las sesiones no tengan un periodo mayor a 120 minutos, aunque existen modelos que emplean las sesiones prolongadas o maratónicas (González, López, Pazarán y Sánchez, 2004; Martínez, 1993); las normas son establecidas por los miembros y el terapeuta, y al terapeuta le corresponde tratar de hacer que las normas se cumplan, así como recalcar la idea de que los miembros deben participar en la tarea de grupo (Guimón, 2003).

En lo tocante a las reglas, inicialmente el terapeuta –durante la preparación en la terapia de grupo o durante las sesiones iniciales– prescribe explícitamente las reglas de comportamiento adecuadas en el seno del grupo, una vez comenzado el trabajo del grupo el terapeuta también configura implícitamente las normas terapéuticas del grupo fijando modelos –por ejemplo, responsabilidad, espontaneidad, límites– (Vinogradov y Yalom, 1996). También es común que se les solicite a los participantes que ayuden al establecimiento de las

reglas, y tanto ellos como el conductor pueden señalar su inobservancia, como señala Nieto, “... las normas tienen un papel esencial en los grupos (...) tienen el propósito de favorecer la construcción de un grupo fuerte, cálido, respetuoso y autónomo. Buscan también proteger al individuo y favorecer su participación libre, auténtica, responsable y comprometida” (2008: 38-39). El terapeuta debe mantener los límites temporales del grupo de psicoterapia, garantizar que las reuniones tengan lugar en intervalos regulares y programados, iniciar y finalizar la sesión puntualmente, advertir cualquier cambio de programa o próximas ausencias, así como discutir abiertamente la tardanza o las sesiones a las que se ha faltado; el terapeuta, también, debe ser enérgico al limitar cualquier actividad del grupo toda vez que algún miembro utilice información delicada o personal, que se ha revelado en el seno del grupo, para atacar en un momento conflictivo (Vinogradov y Yalom, 1996).

No basta con llevar a cabo un grupo terapéutico cabalmente según teorías y técnicas, se requiere que exista una evaluación del grupo, tanto del logro de los objetivos individuales como de la meta terapéutica. La evaluación de la intervención debe ser diseñada por el terapeuta previamente a comenzar con el trabajo grupal, y debe hacerse durante el proceso y al término del mismo. En lo referente a la evaluación del proceso, Guimón (2003), propone que deben evaluarse la atmósfera y la interacción grupal a lo largo de las sesiones y de cada sesión particular; en cuanto a la evaluación individual, señala la evaluación con pruebas como preferente, pues ayuda a conocer el estado inicial y el posterior a la terapia de grupo de cada uno de los individuos que participan en el proceso. En todo caso, el registro de las sesiones y la evaluación del proceso, supone como método la observación participante (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010; Ito, 2005), por lo que es un tipo de registro y análisis de tipo cualitativo. En resumen, es necesario evaluar la eficacia del grupo terapéutico, lo cual hacen tanto el conductor del grupo, como los participantes.

### ***Factores curativos***

Existen diversas aportaciones sobre los factores curativos de los grupos terapéuticos, las cuales dependen mucho del modelo teórico y de las técnicas empleadas por el terapeuta; no obstante estas distinciones, los *factores curativos* son comunes a los grupos con diferentes

enfoques porque se basan en los aspectos interpersonales (relacionales si se prefiere) más que en una postura teórica.

Díaz Portillo (2000) contempla las diferencias entre autores con respecto de los factores curativos, distinciones que surgen tanto del tipo de grupo como de las afiliaciones teóricas de los autores, las cuales se refieren, principalmente, a su concepción del “cambio”. Entre los factores curativos o terapéuticos del grupo, incluye

- 1) Fenómenos grupales que se producen en forma espontánea, gracias a la convivencia más o menos prolongada en cualquier grupo: cohesión, socialización, comportamiento imitativo e identificación, contagio emocional e intensificación.
- 2) Los resultados de un proceso terapéutico que se desarrolla en forma adecuada: cohesión, aceptación, espontaneidad, altruismo, desensibilización, sublimación, prueba de las percepciones o de la realidad, universalización, insight o atribución de significado, capacidad de encarar el pasado traumático, disminución del aislamiento, integración de tendencias contradictorias, cierre de sistemas de tensión, relajación y otros.
- 3) Los elementos del dispositivo grupal y sus productos (retroalimentación, rivalidad, terapia del espectador).
- 4) Muchos terapeutas atribuyen valor como factores de cambio, a procesos intelectuales como la información, educación, re etiquetamiento, reforzamiento, reaseguramiento, enfrentamiento con la autoridad del terapeuta, sugestión, manipulación, confianza del terapeuta en el paciente, competencia o estímulo de los otros para mejorar o esforzarse más, coerción social para pensar racionalmente, instilación de esperanza y factores existenciales.

Los autores Corsini, R. J. y Rosennerg, B. (MacKenzie, K., 1992; en Díaz, 2000) clasifican estos factores en: a) Factores intelectuales: universalización, intelectualización y terapia del espectador; b) Factores emocionales: aceptación, altruismo y transferencia; y, c) Factores de actividad: prueba de realidad, interacción y catarsis.



Por su parte, I. Yalom (1986) ha identificado una serie de factores curativos que son aceptados por la mayoría de los textos especializados (Díaz, 2000; Phares y Trull, 2003; Bernstein y Nietzel, 1988; González, 1999; Vinogradov y Yalom, 1996); estos factores se consideran exclusivos de la psicoterapia de grupo:

1. Infundir esperanza. Se aboca principalmente a la expectativa de cambio. La terapia de grupo provee la oportunidad (no disponible en la terapia individual) de observar los cambios positivos –derivados del proceso terapéutico– en otros integrantes del grupo, con lo cual los miembros pueden llegar a reconocer que las personas pueden cambiar, aunque sea lentamente, y por lo tanto se les facilita mantener su fe en la efectividad del grupo para el cambio en ellos mismos.
2. Universalidad. Una de las más importantes y valiosas lecciones que aprenden los integrantes del grupo es que no se encuentran solos en su sufrimiento; un grupo permite que sus miembros compartan sus conflictos y en proceso, experimenten una tranquilidad proveniente de la idea de que hay otros que sufren como ellos mismos. El conocimiento acerca de la universalidad de los problemas propios puede ayudar a mitigar la ansiedad de sentirse “sin control”, y descubrir que otras personas han superado problemas similares puede facilitar la creencia en la propia capacidad para mejorar.
3. Transmitir información. En la terapia de grupo, se obtiene información nueva de dos fuentes, una es la encarnada por el terapeuta, la otra es la proveniente de los otros miembros del grupo. El terapeuta puede ofrecer consejos e instrucciones, pero el consejo también proviene de los demás integrantes que comparten sus propias experiencias y lecciones del pasado. La multiplicidad de perspectivas en conjunto constituyen un caudal mucho más rico del que puede conseguirse en la relación diádica, y un elemento fundamental de esta información grupal es su carácter consensual, pues el impacto de la información se eleva mediante el acuerdo general en que se basa. En la información que puede transmitirse se distinguen dos tipos: la *instrucción didáctica*, que consiste en enseñar a los

miembros cómo desarrollar mecanismos para afrontar las cosas y a poner en práctica técnicas; y *dar consejos*, pues los consejos directos de miembros de grupos se presentan sin excepción en cualquier grupo de terapia.

4. Altruismo. Los grupos no sólo facilitan que se compartan los problemas, sino que también propician la manifestación mutua de los recursos personales, la función de la persona que es ayudada por los demás se combina con la función de la persona que brinda asistencia a otros, o cual destaca el “valor personal” de los miembros del grupo, en la medida en que colaboran asistiéndose entre sí.
5. Desarrollo de técnicas de socialización. El aprendizaje social –el desarrollo de habilidades sociales básicas– es un factor terapéutico que opera en todos los grupos de psicoterapia, aunque la naturaleza de las habilidades que se enseñan y el carácter explícito del proceso varían ampliamente dependiendo del tipo de grupo. En el escenario de grupo los participantes tienen que interactuar una selección más variada de relaciones, deben interactuar entre sí, independientemente de las diferencias socioeconómicas, culturales, ideológicas, etc.; deben aprender a ocuparse de sus gustos, aversiones, similitudes, diferencias, entre otras cosas, y reciben además retroalimentación del terapeuta y del resto de los miembros del grupo. Este *feedback*, les permite reflexionar sobre sus propias posturas, acciones y forma de relacionarse con los demás, dentro y fuera del escenario del grupo.
6. Comportamiento imitativo. Durante la terapia de grupo los miembros se benefician de la observación de la terapia de otro paciente que tiene problemas similares, del cual puede aprender, un fenómeno que se denomina *aprendizaje vicario*.
7. Catarsis. El acto de dar rienda suelta a las sensaciones, en sí mismo, raramente promueve un cambio duradero en la persona, aunque venga acompañado de una sensación de alivio emocional. Lo que es de primordial importancia es compartir

con los demás el propio mundo interior. Ser capaz de expresar emociones fuertes y profundas y aun así ser aceptado por los demás es algo que pone en entredicho la autoimagen negativa de las personas y su creencia de que nadie puede quererlos.

8. Recapitulación correctiva del grupo familiar primario. El grupo permite “sanar” vínculos establecidos con el grupo primario, es decir, con la familia de origen.
9. Factores existenciales. En el curso de la terapia los miembros empiezan a darse cuenta de que la orientación y el apoyo que pueden recibir de los demás tienen un límite. Se dan cuenta de que es en ellos en quienes recae la responsabilidad final de la autonomía del grupo y de la forma en que deben vivir su vida. Aprenden que, aunque se pueda estar cerca de los demás existe, no obstante, una inevitable soledad, propia de la existencia. A medida que van aceptando algunas de estas cuestiones, aprenden a enfrentarse a sus limitaciones con mayor franqueza y valor. En la psicoterapia de grupo, la relación sólida y confiada entre los miembros –el encuentro básico, íntimo– tiene un valor intrínseco, ya que proporciona una presencia y un «estar con» frente a las duras realidades existenciales.
10. Cohesión del grupo. Puede ser considerada como el atractivo del grupo para sus integrantes, lo que despierta el sentido de identidad y pertenencia dentro del grupo entre sus miembros. Los integrantes de grupos cohesivos se aceptan bien entre sí y es probable que formen relaciones cercanas y de apoyo mutuo; están dispuestos a escuchar y dejarse influir por el grupo, participan activamente en el grupo, sienten seguridad al estar en el grupo, lo cual les permite la expresión de sus sentimientos, incluso hostiles, siempre que los conflictos no violen las normas del grupo. La *estima pública* del grupo se vuelve un punto de referencia que influye sobre la autoestima de los integrantes. Generalmente, el efecto de esta influencia consiste en el incremento de la autoestima, debido a que es común que los grupos evalúen a los integrantes de una manera más favorable que como cada persona se evalúa a sí misma. Los integrantes del grupo, a su vez, se esforzarán por lograr sus objetivos personales con el fin de confirmar la impresión que el grupo se haya

formado de ellos. Las conductas que el individuo consideraba “imposibles” de realizar se pueden llevar a cabo en gran medida debido a la presión positiva del grupo. Además, el comportamiento exigido a los miembros para gozar de la estima de un grupo cohesivo también resultará adaptativo para el individuo en la vida social que mantiene fuera del grupo.

11. Aprendizaje interpersonal. Debido a su propia naturaleza, los grupos de terapia requieren de la conducta interpersonal, una terapia de grupo proporciona el ambiente ideal para el aprendizaje de habilidades interpersonales y sociales nuevas. Es una comunidad pequeña que proporciona mucho apoyo, presenta oportunidades repetidas para practicar las habilidades sociales con diferentes tipos de personas y con la ventaja de obtener una retroalimentación casi inmediata sobre la ejecución; además, los grupos tienen una buena cantidad de modelos para el aprendizaje por imitación.

Ahora bien, para que estos factores curativos puedan surgir en el trabajo grupal, se requiere la adecuada conducción del grupo por parte del terapeuta, comenzando por la elección de sus miembros y el desarrollo de las habilidades clínicas necesarias, para Díaz

*“Las cualidades que consideran necesarias diversos autores para que el terapeuta lleve a cabo una psicoterapia efectiva son, entre otras, las siguientes: honestidad, interés, capacidad de aceptación incondicional genuina, calidez no posesiva, auténtica motivación de ayudar a los demás, empatía adecuada, curiosidad y espíritu de investigación sin abandonar el lugar de miembro participante por el de «observador parásito». Debe sentirse cómodo en grupos en los que predominan las expresiones francas, no inhibidas, tanto sexuales como agresivas y confiar en los aportes positivos del grupo al individuo. Sean cuales fueren los valores sociales, políticos y morales del terapeuta, se espera que respete la individualidad de sus pacientes y se despoje de todo vestigio de omnipotencia, para poder así reafirmar el valor esencial de la interacción, percepciones de insight de los miembros del grupo. En ausencia de estos factores es imposible una terapia eficaz. Pero su presencia no garantiza el buen éxito de un*

*tratamiento (...) [la] intensidad y autenticidad de la comunicación y la interacción en el grupo depende mucho más de la libertad, espontaneidad y capacidad de respuesta del terapeuta. (...) [Del terapeuta, la] Escucha empática y acrítica favorece la revelación (...) de los contenidos más profundos de la personalidad [de los miembros del grupo]".*  
(Díaz, 2000)

Hay cuatro tipos de aprendizaje que se presentan exclusivamente en la terapia de grupo, estos son (Kaul y Bednar, 1978, en Bernstein y Nietzel, 1988: 325):

- 1) Los integrantes pueden obtener beneficios como consecuencia de los aprendizajes basados en su participación dentro de un *micro cosmos* social que se desarrolla y la evaluación que vayan formando al respecto.
- 2) Los miembros del grupo se pueden beneficiar al dar y recibir retroalimentación del grupo.
- 3) Los individuos pueden mejorar como un resultado de la validación consensual que se deriva del grupo.
- 4) Los individuos se pueden beneficiar de la oportunidad única para verse implicados de manera recíproca con otros integrantes del grupo que actúan tanto como personas que ayudan como personas que reciben ayuda de los demás.

Las fuerzas que pueden modificar los factores terapéuticos son: el tipo de grupo; la fase de la terapia, las necesidades y objetivos de los participantes cambian durante el curso de la psicoterapia y también lo hacen los factores terapéuticos que les son más útiles; y las diferencias individuales entre los participantes (Vinogradov y Yalom, 1996).

#### *Resolución de problemas comunes en los grupos*

En la terapia grupal, como en cualquier forma de intervención pueden presentarse complicaciones que si no son bien manejadas, podrían resultar en la desintegración del grupo o en la obtención de resultados negativos. Por ello, además de dar continuidad a las sesiones, promover la participación de los miembros del grupo, el respeto a las normas y la cohesión,

el terapeuta debe ser capaz de afrontar y resolver los conflictos que pueden presentarse, entre ellos, Vinogradov y Yalom (1996: 72-80) señalan:

Impuntualidad: Se debe mostrar desaprobación y abordar explícitamente tanto la impuntualidad como la asistencia irregular o la falta de permanencia en las sesiones.

1. Abandono: Los abandonos son comunes en todo tipo de grupo y generalmente afectan a aquellos pacientes que deciden marcharse tras descubrir que no pueden o no quieren realizar la tarea grupal, el abandono pone en riesgo la estabilidad y cohesión del grupo y provoca desgaste, por lo que para manejarlo recomiendan una vigorosa preparación previa a la terapia, pues es el medio más eficaz de reducir el índice de abandono.

2. Pacientes conflictivos. El paciente cuyo comportamiento perturba el desarrollo del grupo continuamente e impide el proceso grupal plantea un problema significativo. El terapeuta debe hacer todo lo que le sea posible para cambiar la conducta problemática y para conseguir que se convierta en un miembro integrado del grupo. Cuando fracasan todos los intentos el terapeuta debe, rápida y compasivamente, eliminar al paciente del grupo, idealmente se debe tener una entrevista privada con él en que se aliente el trabajo individual y los métodos alternativos de tratamiento.

3. Formación de subgrupos. El terapeuta intenta impedir que se formen subgrupos, pues todo comportamiento *extragrupal* debe reconducirse al grupo con objeto de comentarlo.

4. Interacciones negativas. A menudo la presencia de sutiles interacciones interpersonales negativas, que abarcan desde discretos desaires hasta el desdén abierto de uno de los miembros, pasando por bromas mordaces o comentarios despreciativos, señalan inicialmente el conflicto en el seno del grupo. La tarea del terapeuta consiste en poner de manifiesto lo que ha estado encubierto, esto es, hacer explícito el conflicto y las interacciones que lo manifiestan.

### 3.3 GRUPOS PARA VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

La discriminación, la culpabilización de la víctima, el desconocimiento de las consecuencias que deja el hecho traumático, los vínculos terapéuticos negativos, entre muchos más factores, pueden hacer que el sobreviviente pierda la posibilidad de acceder a intervenciones que podrían disminuir las consecuencias físicas y/o psicológicas, y podrían prevenir que el trauma se perpetúe y la violencia continúe (Vallejo y Córdoba, 2012). Así pues, muchos de los efectos a largo plazo del abuso podrían prevenirse mediante una adecuada atención primaria y secundaria, sin embargo, hasta la fecha, ambos tipos de prevención no han sido exitosos del todo, de manera que muchas personas, en su vida adulta, deben afrontar todavía los efectos del abuso. Ello obedece, además, al hecho de que en muchas ocasiones los efectos del abuso no se presentan cuando este acontece, sino que el abuso es representado como tal conforme avanza el tiempo, atribuyéndosele sentido y significado al evento, como señala Montenegro (2012: 413)

*“El abuso sexual es un tipo de violencia que subyace a la violencia psicoemocional (...) es un comportamiento que se puede disfrazar, en lo inmediato, como un acto lúdico y hasta afectivo, ya que no arrebató ni tampoco pide permiso, sólo se inserta en la cotidianidad del niño, frecuentemente en forma de juego (...) a diferencia de la violencia física o de otro tipo de violencia sexual como puede ser la violación, el daño emocional que se vive en el abuso sexual es corrosivo, magnificándose a través del tiempo ya que el «significado del hecho» se irá comprendiendo en la medida en que las estructuras cognitivas se van desarrollando”*

Aunado a ello, cabe considerar que en muchos casos de violación (especialmente en aquellos en que el instrumento de penetración no es el pene) el agresor busca provocar placer a la víctima, por lo que este placer atraerá culpa y vergüenza sobre la víctima (Barudy, 1998), en el largo plazo, conforme comprenda y atribuya significado al evento.

La red de soporte social, es decir, los recursos formales como la familia y el Estado, e informales como personas de la comunidad, ayuda en el soporte y en el enfrentamiento de la experiencia de abuso sexual (Hendler y Santos do Silva, 2006; en Vallejo y Córdoba, 2012).

Una vez que los soportes sociales han estado ausentes, o han resultado insuficientes, el grupo, como espacio micro social (Yalom, 1986, Vinogradov y Yalom, 1996) funge como red social de apoyo para el enfrentamiento de la experiencia del abuso y como espacio de transición en el rito de pasaje terapéutico de re-integración propuesto por el modelo narrativo (White y Epston, 1993, 2005; White, 2000, 2002a, 2002b; Payne, 2002).

Las diferentes investigaciones en estrés postraumático y terapia grupal mencionan a esta última adecuada y efectiva para sujetos que han vivenciado hechos traumáticos (Botero, 2005, Kanas, 2005, Vallejo y Terranova, 2009; en Vallejo y Córdoba, 2012), por lo que, aun si se considera el abuso desde una perspectiva distinta del TEPT, los resultados del grupo de intervención terapéutica son, a la expectativa, favorables.

Vallejo y Córdoba (2012) señalan diferentes tratamientos para víctimas de abuso sexual basados en investigaciones publicadas, de acuerdo con ellos los tratamientos psicodinámicos con modelos grupales de intervención logran efectos positivos en la salud de mujeres que han experimentado situaciones de abuso sexual, los factores terapéuticos que operan en dichos grupos son la cohesión, la catarsis, el factor existencial y la universalidad, entre otros (Yalom, 1986, 2000; en Vallejo y Córdoba, 2012). De estos factores, la cohesión es uno de los más importantes, el terapeuta debe hacer intervenciones evolucionen el tipo de cohesión instalada inicialmente en el grupo, pues una vez la cohesión alcance un nivel maduro, los miembros aprenderán a tolerar el conflicto, a desarrollar intimidad, responsabilidad y una mayor introspección (Robbins, 2003; en Vallejo y Córdoba, 2012).

Una de las metas más importantes de la terapia grupal es, de acuerdo con estos autores, lograr la recuperación de los sentimientos de control y estabilidad que se vieron afectados tras la violación (Van der Kolk, 1987, 2002; en Vallejo y Córdoba, 2012), este fundamento se basa en la propuesta de Ericsson (1983; en Vallejo y Córdoba, 2012) sobre la confianza básica, como un pilar importante del desarrollo de la personalidad, en relación a la sensación de seguridad, de ser cuidado y de relacionarse con otras personas. Cuando una persona que ha sufrido una situación traumática asiste a una psicoterapia de grupo, es necesario que recupere la confianza básica en el otro como ser humano y confíe en un proceso que le permita re-experimentar el sentimiento de seguridad hacia los demás como parte de la



reconstrucción de su vida y de la elaboración del hecho traumático (Orengo y Sabbah, 2001; en Vallejo y Córdoba, 2012), dado que, el trauma producto de la crueldad humana rompe la confianza que el sujeto tiene en el otro como ser humano.

Con base en su investigación documental y trabajo en grupo Martínez (1993), considera que la psicoterapia de grupo se “convierte en una promisorio modalidad de tratamiento” en tanto otorga la oportunidad de compartir con pares que han vivido experiencias similares, con los cual además de disminuir los sentimientos de estigmatización, el grupo se convierte en un lugar donde el abuso es abiertamente reconocido, confirmando y validando las vivencias de cada uno de los miembros que lo integran (elemento que es, además, enteramente compatible con la re-integración propuesta por White [2000, 2002a, 2002b] para el enriquecimiento del relato). Asimismo, mejora las relaciones interpersonales disminuyendo el aislamiento social; la terapia de grupo provee experiencias de socialización no disponibles en una terapia individual, a través del proceso grupal se promueven la empatía y la identificación de las necesidades propias y ajenas, así como se aprenden estrategias no violentas de resolución de los conflictos (lo cual tiene impacto también en la autoestima), y proporciona un ambiente protegido para explorar el evento traumático de una forma que puede resultar menos amenazante que en la psicoterapia individual. Adicionalmente, la intervención grupal permite aminorar la estigmatización porque los miembros del grupo, al tratar sus preocupaciones y vivencias comunes, constatan que no son los únicos en enfrentar situaciones de esa naturaleza.

Existen pocos textos sobre el trabajo grupal con víctimas de abuso sexual, y de los pocos textos existentes la mayoría aborda trabajos con niños y adolescentes. Indudablemente, debe haber muchos terapeutas a lo largo y ancho del planeta que llevan a cabo psicoterapias en grupo para este problema, desafortunadamente no hay abundancia de textos porque quizá esos posibles terapeutas no se han dado a la tarea de escribir cuál ha sido su trabajo de manera sistemática y organizada. Existen, por ejemplo, referencias al trabajo con grupos con víctimas de abuso sexual, pero sólo como mención, sin presentar la forma de trabajo; o bien, existen casos como STARS, un grupo llevado a cabo en Nueva Zelanda, con orientación narrativa y colaborativa, que mantiene un secretismo sobre su forma de trabajo, quizá

porque es un programa “estrella” respaldado gubernamentalmente, o quizá porque quieren mantener la exclusividad, como quiera que sea, la existencia del grupo no implica la existencia de artículos o libros sobre su metodología y diseño.

A continuación se presentan algunos ejemplos de grupos terapéuticos para víctimas de abuso sexual, cuyos resultados han sido calificados por los autores como positivos, y que sirven como antecedentes para la propuesta presentada en el capítulo 4.

### ***Grupo de niños y adolescentes Porto Alegre***

En Porto Alegre, Brasil, se realizó un grupo cognitivo conductual para niños y adolescentes víctimas de agresiones sexuales. El grupo trabajó durante 16 sesiones semiestructuradas y se realizaron un pre-test, y dos post-test, uno al término de la 10ª sesión y otro un año después, para seguimiento. Los resultados fueron positivos en cuanto a la desaparición de los síntomas que contemplaban en el estudio. (Habigzang, 2009).

### ***Terapia cognitivo-conductual con adolescentes que sufrieron abuso sexual***

Una investigación sobre el proceso terapéutico de un grupo de adolescentes de sexo femenino víctimas de abuso sexual que duró 15 sesiones divididas en 4 fases, estableció como objetivos específicos la preparación y la desensibilización para facilitar la autoexpresión, la revelación y expresión de sentimientos, la aceptación y la prevención. Las conclusiones del estudio fueron que las exposiciones graduales al tema de abuso en el grupo facilitaron la revelación y la aceptación del abuso en la historia de vida de los participantes. También se logró la corrección de conceptos erróneos sobre actitudes sexuales y sobre el propio cuerpo, así como la propuesta de alternativas para futuras situaciones de riesgo de abuso (Saldanha y Cunha, 2004).

### ***Grupo de niñas víctimas de abuso sexual incestuoso en Chile.***

Martínez (1993) escribió sobre su trabajo de psicoterapia de grupo con niñas que sufrieron abuso sexual intrafamiliar, el cual formó parte de un programa denominado “Programa de Prevención y Apoyo al Niño y Mujer Maltratados”, diseñado por psicólogos, enfermeras psiquiátricas y médicos psiquiatras.

Los grupos fueron diseñados de tal forma que fueran homogéneos en cuanto a sexo y tipo de abuso (intrafamiliar/extra-familiar) con una diferencia de edad no mayor a los tres años; se consideró también que el abuso fuera interrumpido previamente y los niños fueran capaces de acatar las normas y responder a los límites. El grupo quedó conformado por seis niñas cuyas edades iban de los 8 a los 10 años, víctimas de abuso sexual intrafamiliar por parte de abuelo, tío y padrastros. Previo a las sesiones grupales se realizaron sesiones con las niñas y sus madres para realizar alianza terapéutica, evaluación diagnóstica y comprometer a la familia en el trabajo a realizar. En el curso de la evaluación se aplicaron pruebas de apercepción temática y grafo proyectivas.

En cuanto al formato se trató de un grupo cerrado de 12 sesiones con modalidad de conducción de co-terapia, en cuanto al setting, las sesiones se realizaron en una cámara con espejo unidireccional con observadores (una psicóloga).

Las temáticas que abordaron fueron baja autoestima y vergüenza, imagen corporal, responsabilidad y culpa, emociones, secreto, imágenes parentales, confianza, límites y espacio personal. Las sesiones tenían actividades de apertura, lúdicas y de cierre. El proceso terapéutico se orientó a la implementación de un sistema normativo protector, manejo de emociones, abordaje de vivencias traumáticas, y rescate de áreas libres del abuso.

Entre las conclusiones, Martínez destaca que el modelo de grupo cerrado estructurado en doce sesiones resultó breve y limitante para el proceso personal de las integrantes; por otro lado señala que es necesario mantener el grupo terapéutico, evitando caer en talleres o programas educacionales, poniendo el énfasis en el proceso personal de los integrantes del grupo, no en las actividades o el currículum.

Considera los resultados del grupo como positivos, pero Martínez no señala cuáles fueron los procesos de evaluación y seguimiento.

### ***Psicoterapia de grupo con enfoque psicoanalítico***

Según Vallejo y Terranova (2009; en Vallejo y Córdoba, 2012), las psicoterapias de grupo de enfoque psicoanalítico están encaminadas a estabilizar las reacciones psicológicas y físicas que genera el TEPT, a través de la reconstrucción, elaboración y re-significación de la

experiencia traumática. Según los autores, el tratamiento se encamina a explorar y validar las percepciones y emociones, buscando traer a la conciencia los recuerdos reprimidos y facilitando en el sujeto la comprensión de la relación existente entre sus fantasías, sus pensamientos, su comportamiento y el trauma. La exploración de las fantasías asociadas con auto culpa y la toma de conciencia de las implicancias del trauma mediante el tratamiento, constituyen elementos importantes dentro del proceso psicoterapéutico que no finalizan con el proceso y deben continuar por el resto de sus vidas.

### ***Escritura expresiva***

En 2005 se realizó una investigación sobre los efectos de la escritura expresiva en mujeres que sufrieron violencia íntima de su pareja y que presentaban síntomas depresivos y de TEPT. Se halló que la terapia de escritura expresiva resultó ser curativa en estados patológicos como la ansiedad y la depresión; generó procesamientos cognitivos que beneficiaron el incremento de reflexión sobre el significado, el sentido y la coherencia del evento traumático; y, logró reducir los síntomas depresivos en mujeres que han experimentado violencia íntima (Koopman et al., 2005; en Vallejo y Córdoba, 2012).

### ***Grupo de apoyo***

Los grupos de apoyo constituyen una buena alternativa para el trabajo con sobrevivientes de abuso sexual. Ofrecen información y educan a los sobrevivientes en materia de violencia sexual, derechos humanos, sexualidad, violencia intrafamiliar, abuso en el noviazgo, entre otras. Sin embargo, tienen desventajas respecto a la cohesión grupal y la continuidad de los temas, por ser grupos de participación abierta (Claramunt, 2002; en Vallejo y Córdoba, 2012).

### ***Grupo de apoyo terapéutico para sobrevivientes de incesto***

Batres (1998) desarrolló un modelo de intervenciones para adolescentes y mujeres sobrevivientes de incesto, se trata de grupos de apoyo estructurados de corta duración (de aproximadamente quince sesiones, aunque pueden ser más), basado en los modelos de los grupos de apoyo feminista, orientados al empoderamiento de las mujeres. Considera como principios terapéuticos: 1) El estímulo; 2) El apoyo mutuo; 3) La educación; 4) La socialización

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.; y, 12) La solidaridad con otras sobrevivientes. Este modelo "se basa en el fortalecimiento del poder de la sobreviviente y en la creación de nuevas conexiones (...) Ella debe ser la autora y el árbitro de su propia recuperación" (Herman, 1992, en Batres, 1998). Utilizó técnicas de biblioterapia, escritura, técnicas de autonutrición, técnicas expresivas, y diseñó las sesiones en función de un proceso de tres etapas: seguridad, recuerdo y duelo, y reconexión. Entre los aspectos significativos de sus sesiones destacan el empleo del refrigerio, generalmente a la mitad de la sesión, para mejorar el proceso y favorecer la nutrición (como metáfora), y que termina cada sesión con una frase positiva o un mensaje positivo dado por alguna participante. El modelo de Batres, reporta resultados positivos, pues además del establecimiento del grupo como red de apoyo y confianza, sus sesiones tienen como complemento textos de apoyo que hacen de su grupo una suerte de terapia, grupo de apoyo y taller psicoeducativo.

#### **COMENTARIOS FINALES**

Hasta ahora, queda claro que los grupos terapéuticos pueden ser especializados para atender diversos tipos de problemas que se presentan en la vida de los individuos; los factores curativos, las técnicas a emplear y el encuadre del trabajo grupal vienen determinados por las perspectivas teóricas del "líder" del grupo, es decir, del terapeuta. Generalmente se recomienda el trabajo grupal para problemas definidos como intersubjetivos e interpersonales, evidentemente, todos los conflictos son definidos como intersubjetivos en los modelos socio constructivistas y posestructuralistas.

Como se ha visto, la terapia narrativa también tiene antecedentes de trabajo especializado con víctimas de abuso sexual, e incluso algunos autores manifiestan su trabajo con grupos, si bien no anotan cómo es que lo realizan. Lo que en este punto se vuelve necesario es, entonces, reconocer cuáles son los posibles puntos de divergencia que presenta la terapia narrativa con la epistemología grupal que aquí se ha presentado, a saber:

1. La terapia narrativa no busca la expresión emocional. El modelo narrativo no se interesa por la expresión de las emociones (White, 2002a), sino que se interesa por el sentido, por el significado atribuido a la experiencia, que es lo que la dota de importancia; si bien no desdeña la importancia del desahogo emocional ni el valor que le es atribuido, no la considera un objetivo en sí mismo.
2. La terapia narrativa no busca la catarsis ni la considera como elemento de cambio. La catarsis se considera como benéfica en el corto plazo por la mayoría de los enfoques terapéuticos psicodinámicos, es considerada como un factor curativo, pero no es el fin, sino un posible medio, cuyos beneficios se reportan en el muy corto plazo, como una sensación de bienestar emocional. La catarsis como desahogo emocional no resulta relevante para la perspectiva narrativa. Sin embargo, pareciera ser que el elemento que podría resultar destacable de la catarsis como expresión emocional en la terapia de grupo, de acuerdo con la propuesta de Yalom, es la posibilidad de contradecir las ideas interiorizadas de que no se es digno de afecto o aceptación, al recibir aceptación y apoyo del grupo tras haber expresado emociones profundas y fuertes. Ello significa la catarsis sólo adquiriría valor si es resignificada de alguna forma y utilizada como mecanismo de deconstrucción, externalización o reescritura, pues “la función de contar historias particulares de opresión y resistencia no es encontrar una «historia verdadera» de subyugación y revolución, sino explicitar otras historias de sufrimiento y coraje, de vencimiento, de tragedia y creatividad resiliente”<sup>17</sup> (Welch, 1990, en Behan, 1999: 21). Ahora bien, White (2000) concibió el potencial “catártico” de las ceremonias de definición, la catarsis entendida no como purificación o abreacción, sino como “moverse”, en el sentido de adherirse a prácticas que permiten trasladarse a diferentes territorios de identidad, cuya observación por parte de testigos externos permite que estos también puedan “moverse”, como compromiso, más que como emoción.
3. La terapia narrativa no considera los conflictos como inherentes a la persona, por lo que no percibe a la persona como “enferma” de su personalidad o emociones, de modo que

---

<sup>17</sup> Sharon Welch: *“The function of telling particular stories of oppression and resistance is not to find the ‘one true story’ of subjugation and revolt but is to elicit other stories of suffering and courage, of defeat, of tragedy and resilient creativity.”*

no busca “curarla”; en consecuencia, el objetivo de la terapia narrativa no es curar, y no concibe la “cura” como parte del proceso terapéutico tampoco.

4. El aprendizaje interpersonal y las relaciones interpersonales no son vistas principalmente como experiencias emocionales, sino como experiencias de significado.

Los factores curativos propuestos por Yalom (1986), Díaz (2000) y Kaul y Bednar (en Bernstein y Nietzel, 1988), pueden ser integrados con las propuestas de construcción intersubjetiva de significado propuestas por el modelo narrativo. Desde esta perspectiva, el aprendizaje que proveen los grupos, el tipo de información y el ambiente de colaboración, pueden potencializar el trabajo terapéutico narrativo, y posiblemente superar los beneficios obtenidos en la terapia diádica. Incluso, un elemento que se puede destacar es que, mientras el terapeuta narrativo busca evitar incurrir en el “aplauso” (White, 2002a) debido a que éste reafirma la asimetría entre terapeuta y consultante, las formas de afirmación positiva provenientes de otros miembros del grupo, en tanto pares, no reafirman esta asimetría ni establecen discursos encubiertos de incapacidad personales, antes bien, se vuelven muestras espontáneas *entre pares* que realzan los recursos personales. Otro aspecto importante es que, en lo tocante al aprendizaje interpersonal, un grupo terapéutico con modelo narrativo permite que los participantes aprendan relacionarse e interactuar sin “esencializar” a las personas, es decir, que aprendan entre sí a no confundir el *hacer* con el *ser*. Liberarse de la situación conflictiva requiere una redefinición de la experiencia, esta idea sobre la terapia como re-construcción del sentido de la experiencia “en el contexto grupal, permite integrar y poner énfasis en lo participativo, el reencuentro a través del diálogo, la narrativa, el reconocimiento y reconstrucción discursiva” (Garay, 2004).

Por lo demás, sobra decir que los modelos socioconstruccionistas asumen que el recurrir a técnicas que han probado su eficacia y a diversos discursos que asistan tanto al consultante como al terapeuta en la consecución de los objetivos terapéuticos no sólo es deseable sino también necesario (Gergen, 2006), siempre que esto se haga en un marco epistemológico que favorezca un amalgamamiento adecuado, que no empobrezca el modelo terapéutico narrativo ni resulte contraproducente (Payne, 2002).





## **Capítulo 4. Terapia Narrativa Grupal para Adultos que sufrieron abuso sexual en la infancia: Una Propuesta de Intervención**

Esta propuesta no es una aplicación ortodoxa del modelo narrativo, pues se trata de un grupo con orientaciones teóricas múltiples (Guimón, 2003) en tanto es una amalgamación (Giménez, 2004) de la teoría del modelo narrativo con las teorías de grupos, y las técnicas son tanto narrativas como provenientes de los modelos de terapia centrada en soluciones y terapia colaborativa, así como se nutre de las técnicas aplicadas en la terapia de grupos y otras terapias individuales cuyo éxito ha sido documentado en el abordaje de los efectos a largo plazo del abuso sexual infantil.

La *amalgamación o hibridación* supone la unión de fragmentos de disciplinas para dar explicación a un objeto de estudio, pero no de manera que distintas ciencias aborden un mismo problema, sino sólo los puntos de convergencia entre estas, de tal forma que los puntos de común son los que se mezclan o hibridan para abordarlo, por lo que se trata de una mezcla por especialización de las disciplinas en donde se difuminan los límites científicos de cada una de ellas. En este sentido, en las teorías y nuevos conocimientos pueden emplearse conceptos provenientes de diferentes teorías o disciplinas, que son empleados para explicar o describir los hechos según un nuevo modelo “híbrido” (Giménez, 2004; Berthelot, 2003), la terapia narrativa es en sí mismo un modelo híbrido, que en esta propuesta se conjuga con la teoría de grupos y las teorías psicológicas sobre el abuso sexual infantil. El esfuerzo realizado para este trabajo incluye un análisis minucioso de los supuestos epistemológicos tanto de los modelos como de las técnicas disponibles para nutrir el enfoque narrativo sin distanciarse de sus principios, pues no se trata de incurrir en un relativismo teórico. La combinación de teorías y técnicas de diferentes enfoques siempre supone el riesgo de producir efectos no buscados, en muchos casos negativos, por lo que la conjunción de técnicas de distintos enfoques debe siempre mantener presente cuál es la perspectiva epistemológica principal y cuáles han de ser los objetivos que se busca alcanzar.

Gergen (2006) hizo una amplia crítica al modelo narrativo de White y Epston por excluir de su trabajo el punto de vista y los conceptos aportados por otros enfoques, en su opinión, la

terapia narrativa debe ampliarse epistemológicamente (Gergen y Warhus, 2001) y debe nutrirse de “más voces” (Gergen y McNamee, 1996), a fin de ser un modelo que cumpla con el principio que le orienta, de incluir los discursos sociales y los conocimientos disponibles para la construcción de relatos multi-historiados. La presente propuesta es un esfuerzo orientado a este fin, el de utilizar los conocimientos disponibles para la ampliación y profundización de las técnicas con el trabajo narrativo, e incluir no sólo las voces de terapeuta y participantes, sino también del conocimiento experto (influido por y con influencia sobre la sociedad y el conocimiento social), las representaciones sociales y las prácticas que dan forma a la identidad en el campo social; como señala Lax “el conocimiento científico, o los «hechos» considerados innegables, contribuyen al conocimiento narrativo, con especial énfasis sobre las creencias colectivas acerca del funcionamiento del mundo” (1996: 94, en Gergen y McNamee, 1996).

#### **4. 1 DISEÑO**

##### **Planteamiento del Problema**

El abuso sexual infantil es una forma de violencia ampliamente extendida en la sociedad, y constituye una forma particular de relaciones de poder establecidas entre el agresor y la víctima, pero en la cual también participan otras personas e instituciones sociales, tanto en lo referente a la cultura (discursos sociales, prácticas y representaciones) como a lo jurídico. El abuso sexual de infantes

*“(...) constituye una forma especial de agresión que, se ha visto, tiene efectos emocionales muy severos y muchas veces insuperables en las víctimas que lo sufren. El silencio es probablemente la mayor expresión de esta problemática, primero al construir el contexto en el que se va a dar el hecho y luego, una vez que tiene lugar, refuerza el mutismo por parte de todos los involucrados (...) El silencio puede extenderse por tantos y tantos años que llega a ser, en algunos casos, más doloroso que el propio abuso sufrido, sobre todo cuando este tipo de violencia es cometido por una persona ligada emocionalmente a la víctima, lo que resulta ser muy frecuente” (Montenegro, 2012: 19)*

La imposición del secreto (Barudy, 1998; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Perrone y Nannini, 2000; entre otros) hace que en muchos casos no sólo no exista denuncia, sino que

además la víctima puede ser desacreditada por sus supuestos protectores o incluso sentirse obligada a retractarse para “preservar” la familia. Esta imposición, este silencio, hace que muchas de las víctimas de ASI no reciban ningún tipo de atención psicológica ni protección emocional en la infancia, tras el hecho, y que no sea sino hasta la vida adulta que se acercan a los servicios psicológicos para atender los conflictos emocionales que asocian con el abuso, y en el caso de los varones generalmente lo hacen para resolver motivos de consulta desvinculados del abuso (Calvi, 2005).

Así, los adultos que sufrieron abuso en la infancia no sólo presentan conflictos inherentes al evento abusivo, sino que además presentan los conflictos derivados de las deficiencias protectoras y amorosas de sus contextos relacionales de procedencia, los problemas asociados con problemas de relación interpersonal en instituciones en que participan cotidianamente y aquellos vinculados con los discursos sociales estigmatizantes en torno al abuso sexual (dado que es un tema cada vez más “visibilizado” en los medios de comunicación y las instituciones sociales pero para el cual se da un tratamiento de la información mitificado y que recalca los discursos de sometimiento e invalidez, los cuales pueden ser interiorizados por las víctimas). Una atención psicológica adecuada, debe contemplar una intervención que actúe en la resolución de estos tres niveles de conflicto: el individual, el interpersonal y el sociocultural.

### **Justificación**

El abuso sexual debería ser idealmente prevenido mediante la educación y el desarrollo de políticas públicas eficaces para la protección de la infancia y la adolescencia pero, mientras ello se logra, resulta indispensable brindar atención a quienes no recibieron, en su momento, esta prevención primaria ni secundaria, quienes en su vida adulta siguen sufriendo los efectos de las agresiones sexuales de que fueron víctimas en la infancia, pues como señalan Echeburúa y Guerricaechevarría (2000: 18) “el descubrimiento del abuso sexual suele tener lugar bastante tiempo después (meses o años) de los primeros incidentes”.

La terapia narrativa permite atender, sin revictimizar, a este tipo de personas, de manera que puedan superar el relato dominante, la historia dominada por el abuso, superar los efectos

que ha tenido en su vida y que puedan enriquecer la historia de su vida mediante la identificación de sus propios recursos, compromisos e ideas, no sólo en retrospectiva, sino a futuro; el modelo narrativo favorece una visión sobre un futuro posible en que la persona, y no los efectos del abuso, sea quien gobierne su vida y la dirección que ésta debe tomar. Esta forma de intervención puede verse potenciada por el trabajo en grupo terapéutico, visto como una reunión colaborativa en que más voces se unen para enriquecer los relatos, y en el que se presentan factores curativos (Yalom, 1986; Vinogradov y Yalom, 1996) que no pueden tenerse en la terapia individual.

La psicoterapia grupal otorga la posibilidad de compartir con pares que vivieron experiencias similares, lo cual reduce los sentimientos de aislamiento y la estigmatización, mejora las relaciones interpersonales mediante el desarrollo de la empatía, y de la capacidad de identificar las necesidades y emociones propias y las necesidades y emociones de los demás (Martínez, 1993).

## **Objetivos**

Brindar atención psicológica eficaz a adultos que sufrieron abuso sexual antes de los 15 años de edad, cuyos efectos continúan afectándoles aún en la vida adulta.

### ***Objetivos específicos***

- Asistir a los consultantes en el enriquecimiento de sus relatos de vida y de su identidad, a fin de superar los efectos del abuso y el modo en que han determinado su vida.
- Promover el desarrollo de habilidades sociales y el aprendizaje de relaciones interpersonales constructivas mediante la terapia grupal.
- Promover la internalización de la agencia para asumir responsabilidad sobre las decisiones y compromisos para elegir estrategias de afrontamiento y planeación para la vida futura.

## **Población y Contexto**

La población son adultos de entre 25 y 50 años de edad, de ambos sexos, que hayan sufrido abuso sexual y/o violación intrafamiliar (incestuosa o no) antes de haber cumplido los 15 años de edad. El que el grupo sea mixto obedece el que al buscar rebasar los discursos dominantes deben desmitificarse también los discursos de género y sexualidad, que hacen una separación casi patológica (Calvi, 2005) entre hombres y mujeres.

Este es un modelo que se ubica dentro del nivel de la “prevención terciaria”, esto es, tiene por objetivo prevenir a recurrencia de la violencia y el daño resultante de la misma (Martínez, 2000), así como la reparación del daño y la reintegración (Tizón, 2000).

Puede llevarse a cabo tanto en la práctica clínica privada como en la institucional.

## **IMPLEMENTACIÓN**

### ***Metodología***

#### **A) Conformación del Grupo**

1. Criterios de inclusión. Los criterios para la selección de los miembros del grupo, su elegibilidad, son lo suficientemente amplios como para que prácticamente cualquier persona pueda ser parte del grupo, dado que el contexto narrativo es “no patologizante”, pero dada la necesidad de dar un encuadre que contemple las experiencias de grupos revisadas en la literatura (resultado de años de investigación y trabajo clínico de los autores), se establecieron ciertos lineamientos para que los miembros del grupo tengan perfiles afines en cuanto a edad y actividades y/o antecedentes socioculturales.

- Edad: Tener entre 25 y 50 años de edad.
- Haber sufrido abuso sexual y/o violación en el contexto intrafamiliar, incestuoso o no, antes de los 15 años de edad.
- Hombres y mujeres (biológicamente y en cuanto a identidad de género).
- Saber leer y escribir
- Gusto por la lectura y la escritura (aunque no les sean habituales)

2. Criterios de exclusión. Los criterios de exclusión se basan en las recomendaciones aportadas por Yalom (1986), Vinogradov y Yalom (1996), Llanos (2004) y Guimón (2003) para evitar la desintegración del grupo y los resultados negativos. No pueden ser incluidos en el proceso grupal narrativo:

- Personas que no quieran tomar parte en el proceso grupal.
- Personas con “agitación extrema”, estrés y/o crisis agudas en su vida cotidiana actual.
- Agresores sexuales.
- Personas transgénero (debido a que su identidad requiere especificaciones que no pueden ser abordadas en este proceso grupal).
- Personas con rechazo por las normas e incapacidad para acatarlas.
- Personas con una grave incompatibilidad con uno o más miembros del grupo.
- Personas con tendencia a asumir un papel desviado.
- Personas con problemas psicóticos, esquizoides, paranoides y narcisistas.
- Personas monopolizadoras.
- Personas con una diferencia de edad mayor a los 20 años edad con respecto al miembro más joven y al más grande del grupo.

3. Elección de miembros del grupo: Se realizará mediante entrevistas de evaluación previas a la integración del grupo a fin de conocer si cubren o no los criterios de inclusión y de que no cubren ningún criterio de exclusión.

4. Encuadre: El grupo será un grupo *cerrado, homogéneo y mixto*, con 4 sesiones semanales, 8 sesiones quincenales y una sesión mensual; y será un grupo *de tiempo limitado* con una duración de 6 meses.

5. Preparación pregrupal: La preparación de los participantes previa a las sesiones en grupo es considerada como sustantiva para la consecución de resultados positivos y la disminución del riesgo de abandono (Díaz, 2000; Yalom, 1986; Vinogradov y Yalom, 1996, Bernstein y Nietzel, 1988). Por ello, antes de iniciar las sesiones grupales, se realizará una sesión individual en que se realizarán las actividades de preparación –resolución de dudas,

expectativas, descripción del trabajo en grupo y problemas que pueden presentarse, contrato de asistencia y participación en tareas y actividades– y una conversación colaborativa en que se aborden los conflictos y antecedentes inmediatos al motivo de consulta. En la entrevista inicial, no revictimizante (Latorre, 2012; Beristain, 2011), resulta fundamental que el terapeuta, además de realizar las actividades que preparen al participante para el trabajo grupal, realice un trabajo adecuado durante la entrevista a fin de que ésta sea el punto de partida del proceso terapéutico, dando motivación a la persona para realizar el tratamiento con expectativas realistas y actitud abierta.

Durante la entrevista inicial es necesario tener una conversación que no re-victimice a las personas (Latorre, 2012; Beristain, 2011) por lo que Latorre (2012) propone un modelo de entrevista que permite tener una conversación enriquecida de la experiencia traumática mediante la visibilización de la historia subordinada a través de la exploración de las respuestas a la experiencia traumática (Yuen, 2009), que tienden a ser menospreciadas y descalificadas (Denborough, 2010; en Latorre, 2012), por ello

*“Involucrarse en conversaciones enriquecidas de la historia del trauma consideraría hacer visible y honrar la historia de las respuestas que las personas hacen. También hacer visibles los fundamentos de estas respuestas, desarrollando ricamente la historia de aquello que para la persona es importante, aquello que protege en la vida (...) Esto contribuye a que las personas se re-comprometan con su historia y su sentido de continuidad [en oposición a la idea de ruptura antes/después del trauma]. Además, las conecta con sus intereses, valores, sueños, esperanzas y compromisos, favoreciendo el desarrollo de sentido de agencia personal”.* (Latorre, 2012: 27).

Así pues, la entrevista inicial no sólo debe preparar a la persona para el trabajo de grupo, sino además motivar su compromiso con su propia vida, impulsar el desarrollo de su sentido de agencia y motivarla para el tratamiento; todo ello sirve, además, para reducir el riesgo de abandono y motivar el trabajo en la tarea de grupo, al explicitar la importancia de la participación para asistir a los demás mediante su propio trabajo, es decir, la importancia de la colaboración personal para la eficacia de la tarea del grupo.

## **B) Marco temporal**

El grupo está diseñado como grupo cerrado de tiempo limitado a seis meses, con cuatro sesiones semanales, ocho sesiones quincenales y una última sesión mensual, con una duración de dos horas en el caso de 11 sesiones y tres sesiones prologadas de tres horas de duración.

Las sesiones prolongadas contemplan media hora adicional de trabajo debido a que en ellas se programan actividades en las cuales resultaría contraproducente limitar el tiempo de exposición de los participantes y la discusión del grupo; adicionalmente, por la carga emocional esperada, se va a realizar un refrigerio (convivencia informal) con una duración de 15 a 30 minutos. Esta convivencia informal obedece a dos necesidades: la primera, favorecer la socialización informal de los miembros del grupo (Martínez, 1993) para establecer relaciones interpersonales que les permitan tanto la relajación tras la descarga emocional como el desarrollo de habilidades sociales más allá del encuadre terapéutico; y la segunda, porque el trabajo narrativo (White, 2000) contempla la interacción del terapeuta con sus consultantes, en los casos que es necesario, de manera informal, a fin de recalcar el aspecto humano del terapeuta y el trabajo colaborativo que se presenta en la terapia. Adicionalmente, como se señaló en el capítulo 3, las sesiones prolongadas favorecen la movilización del grupo (Nieto, 1992, en González *et. al.*, 2004).

Frecuencia: Las primeras cuatro sesiones tienen una frecuencia semanal, las siguientes ocho sesiones tienen una frecuencia quincenal y la última sesión (13ª) se realizará un mes después.

Duración de las sesiones: Las sesiones tienen una duración de 120 minutos, excepto las tres sesiones prolongadas que tendrán una duración de 150 minutos.

Duración total: 27 horas y media, en un periodo de seis meses.



### **Diseño de las sesiones del Grupo Terapéutico Orientado Narrativamente:**

El grupo está diseñado de modo que cada sesión cubra un grupo de objetivos de acuerdo al proceso terapéutico narrativo, según las fases de externalización del problema, historia del problema, desconstrucción del relato dominante y re-autoría de la propia vida (que corresponde a un proceso de internalización de la agencia y responsabilidad de la propia vida y la elección de la identidad preferida) como rito de pasaje.

### ***Setting***

El grupo debe llevarse a cabo en un espacio físico amplio en que puedan caber los miembros del grupo sentados con un espacio de un metro entre cada uno de ellos. El espacio debe estar bien ventilado e iluminado de modo que todos los miembros puedan verse claramente entre sí.

### **Proceso terapéutico**

Más allá de las actividades específicas del diseño, el proceso terapéutico grupal, desde el punto de vista narrativo, obedece a una serie de técnicas que durante el desarrollo de la terapia se aplican. El foco grupal es la superación de los efectos del abuso, trascender el relato dominado por el abuso.

### **EVALUACIÓN**

El grupo narrativo será evaluado de dos maneras: una basada en la observación y análisis clínico del psicólogo a cargo del grupo, en torno a los procesos de grupo (Guimón, 2003) y el logro de los objetivos de la intervención; y una evaluación por cuestionarios y pruebas, a fin de tener datos y productos que permitan el análisis de la eficacia del grupo y de la eficacia del tratamiento para cada uno de sus miembros. Los cuestionarios se dividirán en uno de ingreso, aplicado en la entrevista inicial, y uno de satisfacción, aplicado en la sesión de cierre, que permitirán conocer tanto las expectativas de los participantes como su cumplimiento.

Evaluación de los procesos de Grupo: Implica el registro observacional de la atmósfera y la interacción grupal. Mediante la observación participante (Bernstein y Nietzel, 1988) con registro individual y grupal.

Evaluación del logro de los objetivos del grupo: Consecución del logro de metas personales (señaladas en la primera sesión) y de la meta grupal (surgida del foco grupal [Campuzano y Bello, 2004; Sbandi, 1980]), tanto por parte del terapeuta (análisis cualitativo) como por parte de los participantes (mediante el cuestionario de satisfacción).

Evaluación con pruebas: La evaluación mediante pruebas (Guimón, 2003) se realiza con un diseño de Pre-Test/Post-test, con los instrumentos BAI, BDI-II y la Escala de Efectos de Abuso Sexual en la Infancia; se trata de un diseño longitudinal-transversal (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). La aplicación de las pruebas se realizará antes de la entrevista de selección y al término del tratamiento, a fin de conocer la presencia e intensidad de síntomas antes y después del tratamiento, para conocer la eficacia del mismo en términos sintomáticos. Así como mediante el contraste del cuestionario de satisfacción con el cuestionario de ingreso.

### ***Instrumentos***

Los instrumentos para la evaluación son cuestionario de ingreso, inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Depresión de Beck, la escala de efectos del abuso sexual en la infancia y cuestionario de satisfacción, este último con el objetivo de conocer el grado de satisfacción del consultante con respecto de la terapia.

Para las sesiones terapéuticas los instrumentos contemplan: sillas para los participantes y el terapeuta, pañuelos desechables.

Para las sesiones prolongadas, adicionalmente, se requieren agua, cafetera, tazas y cucharas, sobres de café y endulzante y sobres de té, servilletas y galletas.

➤ *Inventario de Ansiedad de Beck*

Es un inventario de autoobservación y autoreporte que permite identificar la presencia y gravedad de los síntomas de ansiedad contenidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la APA, cuarta edición. Requiere para su aplicación protocolo de registro y lápiz.

➤ *Inventario de Depresión de Beck*

Es un inventario de autoobservación y autoreporte que permite identificar la presencia y gravedad de los síntomas de depresión contenidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la APA, cuarta edición. Requiere para su aplicación protocolo de registro y lápiz.

➤ *Escala de efectos del abuso*

Con base en la bibliografía consultada se sustrajeron los síntomas más comunes que viven las personas como efecto a largo plazo del abuso sexual en la infancia; a partir de estos síntomas se realizó una escala Likert de actitudes t en la cual las personas pueden definir en qué medida consideran la presencia (o ausencia) de los síntomas. Por su facilidad de respuesta y de calificación esta escala puede servir para evaluar la percepción basal y la mejoría de las personas a partir de su consideración subjetiva sobre los síntomas. Requiere para su aplicación protocolo de registro y lápiz. Cabe aclarar que dicha escala no es exhaustiva de la sintomatología, por lo cual podría enriquecerse con el trabajo terapéutico.

## **4.2 PROCESO TERAPÉUTICO NARRATIVO**

Se trata de una terapia reconstructiva en tanto busca los orígenes del conflicto y su resolución, pero a diferencia de las terapias modernas, busca estos orígenes en un contexto social y no sólo intrapersonal, y busca la reconstrucción de la identidad, no sólo la intrapsíquica (considerando que la identidad, incluye la psique individual –Yo–, el ámbito relacional –Mi– y el intersubjetivo –Self– [Goffman, 2001 y 2006]).

El proceso terapéutico considera una sucesión de etapas que permitirán el desarrollo de un relato enriquecido y una identidad preferida, libres del dominio del abuso y sus efectos, por medio de un esfuerzo en la identificación de estos efectos como externos a la persona, sobre

los cuales tiene control. El eje que orienta las sesiones y el proceso es la posibilidad de que la persona cobre conciencia sobre su agencia personal más allá de la experiencia abusiva, de modo que le sea posible definir sus decisiones y objetivos no en función de sus experiencias traumáticas, sino de sus motivaciones y anhelos, actuando consecuentemente a una imagen de sí misma fortalecida y enriquecida por las experiencias que “caen fuera” de la historia del problema.

- Comienzo: Durante las primeras cuatro sesiones el tratamiento está orientado a promover la cohesión grupal, la cultura de grupo y la separación de los participantes tanto de su contexto cotidiano como de las representaciones sociales que les son comunes, se trata de que la cultura de grupo promueva la creación de una “comunidad de sentido” (Berger y Luckmann, 1997) en la que puedan crearse nuevos significados y marcos de referencia para la atribución de sentido a las experiencias de los participantes, según una interpretación despatologizante que promueva la flexibilidad de las expresiones de identidad. En esta fase se privilegian la externalización y la deconstrucción, como fundamento para la posterior reconstrucción del relato enriquecido. Por ello es importante promover la confianza y la identificación de los participantes en el proceso grupal, así como la participación de cada uno de ellos, recordándoles que sus aportaciones son valiosas no sólo para su tratamiento sino para el del resto de los miembros del grupo.
- Desarrollo: La fase de desarrollo del grupo se corresponde con la etapa “liminal” del rito de pasaje (White y Epston, 2005; White, 2000, 2002a), por lo que es una etapa de confusión y desorganización. En este periodo resulta fundamental dar un sentido de continuidad al proceso terapéutico entre las sesiones y la posible influencia que ha tenido en la vida cotidiana de los participantes, por ello es importante invitarlos a aportar cualquier evento significativo que vinculen directamente con el trabajo de grupo; esto puede ayudar no sólo a evitar el abandono derivado de la frustración, sino también a facilitar la idea de organización de las informaciones novedosas que se obtienen en el trabajo grupal. Asimismo, en beneficio de reducir la frustración que puede surgir ante la falta de cambios rápidos, y como parte esencial del proceso

narrativo, se privilegian las técnicas de identificación de logros únicos y su concatenación en historias alternativas.

- Término: La fase final de la terapia implica la re-incorporación de los participantes y la re-membranza de personas significativas en su “club de la vida” (White y Epston, 2005; White, 2000, 2002a, 2002b), por ello se privilegian las conversaciones de re-autoría y re-membranza. A su vez, es en esta fase en la que se concreta el rito de pasaje, por lo que las actividades terapéuticas se orientan a afianzar las historias alternativas e identidades preferidas mediante el andamiaje y los documentos terapéuticos, que les servirán como soporte una vez concluida la terapia.

#### **4.3 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN Y ENCUADRE**

Las estrategias de intervención se dividen en dos momentos: uno, de separación del relato saturado de problema y la identidad deteriorada, y el otro se re-creación de la historia de vida (relato enriquecido) y de la identidad. Para la separación se emplearán las prácticas de externalización y deconstrucción (White y Epston, 1993, 2005; White, 2000, 2002a, 2002b, 2004, Payne, 2002), mientras que para la re-creación (reconstrucción) las prácticas narrativas empleadas serán la re-narración, la re-membranza y el andamiaje de los logros únicos con las historias alternativas ((White y Epston, 1993, 2005; White, 2000, 2002a, 2002b, 2004, Payne, 2002, Russell y Carey, 2003; Carey, Walther y Russell, 2009).

Los cambios producidos por las transformaciones en los relatos y la identidad, serán validados por el terapeuta y se solicitará a los participantes que expresen asimismo las cualidades de estos, a fin de legitimarlos socialmente, como indicadores de los cambios de la persona para autentificarlos (Epston, White y Murray, 1996; Tomm, 1989).

Las sesiones grupales han de desarrollarse siguiendo la lógica del proceso terapéutico, utilizando el dispositivo grupal como catalizador para potenciar los beneficios del tratamiento de cada uno de los participantes. La intervención se hará de manera individual con cada uno de los participantes, tomando por turnos cada uno la palabra, pero pueden

tomarla varias veces por sesión, es decir, no se hará una sola exposición por participante, antes bien, todos ellos tomarán parte tanto en su exposición como en la re-narración (White, 2000) del resto de los miembros del grupo.

Los miembros del grupo, además, pueden actuar como equipo reflexivo y testigos externos, pero a diferencia del modelo de White, esta participación no se limita a las ceremonias de definición (White y Epston, 1993, 2005; White, 2000, 2002a, 2002b), sino que participarán en dicha posición en cada sesión, toda vez que no sean los participantes centrales; ello implica que quien toma la palabra es el participante central, y una vez que la toma alguien más, se reintegra como parte del equipo reflexivo.

La intervención contempla, además del empleo de las técnicas en el proceso conversacional durante la sesión, el empleo de las tareas terapéuticas, que permiten realizar actividades que no pueden llevarse a cabo en el contexto grupal, que pueden coadyuvar en el logro de los objetivos del tratamiento, y cuyos aprendizajes pueden compartirse con el grupo.

El refrigerio es una parte del encuadre y del proceso terapéutico, pues permite a las participantes interactuar de una forma más informal y relajada, lo que no sólo favorece la cohesión grupal sino que ayuda a que tras sesiones particularmente difíciles los miembros del grupo puedan reducir la tensión e irse con mayor contención emocional, esta forma de convivencia resulta de ayuda principalmente en grupos que tratan con problemas de violencia sexual (Martínez, 1993; Batres, 1998).

### ***El grupo terapéutico como testigos externos y equipo reflexivo***

White y Epston (1993, 2005; White, 2000, 2002a, 2002b) definieron como técnicas de re-incorporación el rito de pasaje y las ceremonias de definición, las cuales recurren a testigos externos y a equipos reflexivos como técnicas de re-integración en la fase final de la terapia. Dentro de las estrategias de intervención se contempla que a lo largo del proceso los participantes del grupo funjan como equipo reflexivo, que discuten entre sí (y con el terapeuta) sobre el significado y posibles implicaciones del relato de los demás participantes, y que en la fase final constituyan testigos externos, personas ajenas al contexto de vida

particular de cada uno de los participantes, capaces de validar y atestiguar los cambios producidos en la persona a partir de sus esfuerzos en el proceso terapéutico.

El que los participantes sean al mismo tiempo miembros del grupo, consultores (como equipo reflexivo) y testigos, tiene implicaciones adicionales respecto al encuadre. El rol de los participantes como miembros de un equipo reflexivo supone la necesidad de que sean ellos mismos capaces de aplicar la doble escucha y reflexionar a partir de ella, lo cual, además de beneficiar al miembro central –cuyo relato es atendido–, les brinda herramientas para sus relaciones interpersonales fuera del escenario grupal, como “aprendizaje interpersonal” (Vinogradov y Yalom, 1996). Behan (1999: 23-24) propone como guías para los miembros del grupo, en el encuadre del equipo reflexivo, las siguientes instrucciones:

- Escucha cuidadosamente la historia, especialmente por cómo se relaciona con tu propia experiencia.
- Reconoce cualquier imagen que venga a ti de la vida de esta persona y la tuya.
- Pon atención a tu apreciación sobre lo que la persona está atravesando.
- Se curioso acerca de los acontecimientos en la vida de esta persona.
- Se tentativo en tus comentarios, utiliza el modo subjuntivo y frases que dejen abierta la incertidumbre (“me pregunto”, “no estoy seguro, pero...”)
- Prepárate para responder preguntas sobre qué resuena en ti y por qué.

Estas pequeñas guías pretenden enriquecer el proceso terapéutico, los relatos de sus participantes y promover la colaboración entre los miembros, un fundamento del equipo reflexivo (Andersen, 1994); adicionalmente, esta integración de los miembros puede potencializar dos aspectos: 1) la centralidad del consultante en el proceso terapéutico y su reconocimiento, esto es, que el consultante pueda reconocerse como el principal agente de cambio en detrimento de la figura del terapeuta como experto (White y Epston, 2005; White, 2000, 2002a, 2002b, 2004); y 2) la cultura y la cohesión grupal, fortalecidas por la asistencia mutua (Vinogradov y Yalom, 1996; Guimón, 2003). Adicionalmente, este dispositivo facilita el proceso de narrar y re-narrar (White y Epston, 1993; White, 2000, 2002a), empleándolo en cada sesión y no sólo en la ceremonia de definición.

## **Reglas**

Tomando como referencia el conjunto de reglas propuesto por Nieto (2008: 39), se proponen como reglas iniciales (previas a consultar a los miembros del grupo para que participen en el establecimiento de las reglas del grupo):

1. Asisto al grupo solamente por interés y voluntad propia. Permanezco en él porque tiene sentido para mí.
2. Reconozco que trabajar solo(a) es difícil y acudo al grupo sabiendo que encuentro información, comprensión y apoyo. Sé que el grupo me da una mayor fortaleza para lograr lo que me propongo pero que no hace las cosas por mí.
3. Yo valgo como persona, por lo tanto el grupo me reconoce e identifica sólo por mi nombre.
4. Compartimos un objetivo común que nos une y nos permite comprendernos mutuamente. Tenemos una misma tarea: hacer lo que sí está en nuestras manos para lograr lo que queremos.
5. Sólo hablo cuando me corresponde la palabra y escucho a los demás con atención.
6. Hablo de lo que me pasa y de lo que siento. Hablo desde mí y de mí.
7. No interrumpo al que está hablando. Si tengo algo que decir esperaré a que me toque tomar la palabra.
- 8 No juzgo ni critico a los demás participantes.
9. Cada vez que participo con autenticidad construyo al grupo y enriquezco a mis compañeros.
10. Mi verdad tiene valor porque es mía y la expreso con honestidad y valentía. En esto reside la confianza que voy logrando en mí mismo y en mi grupo.
12. Soy responsable de mí mismo ante el grupo y afuera de él. El grupo me ayuda a hacerme consciente, a quitarme la culpa que me paraliza y a asumir la responsabilidad que me hace crecer.
13. Todo lo que escucho y ocurre en el grupo, concierne únicamente al grupo y no debo relatarlo fuera de la sesión a nadie, como a mí no me gusta que comenten lo que dije.
14. Lo que me ocurre con otros compañeros fuera de los tiempos y lugares del grupo, debo relatarlo en el marco de la sesión.



15. El bienestar del grupo tiene prioridad sobre el bienestar individual. El progreso de cada uno depende de la unión del grupo.

16. El grupo es autónomo e independiente, sus decisiones se acuerdan con la participación de todos.

18. El grupo no se afilia a ningún partido político, religión u organización alguna, no interviene en debates y controversias ni hace declaraciones sobre ningún asunto ajeno al mismo.

19. La sesión del grupo es exclusivamente para sus fines, no se puede utilizar su espacio para tratar ningún otro asunto o negocio.

### ***Promoción de la permanencia***

La permanencia comienza a promoverse desde la preparación para el trabajo grupal, por lo que las estrategias para promover la permanencia en el grupo de los participantes son:

- a) Elección de los miembros del grupo que tengan una alta motivación para el tratamiento y buena disposición para la realización de la tarea de grupo.
- b) Preparar concienzudamente a los participantes antes de comenzar el trabajo grupal, advirtiéndoles sobre los posibles conflictos que pueden surgir al comienzo del tratamiento, que el cambio no es inmediato y que la frustración es normal en el proceso, pero que la persistencia lleva a buen término y que el logro de los resultados dependerá del esfuerzo personal.
- c) Agradecer en cada sesión a los participantes por su confianza para compartir con todos los participantes sus experiencias, señalando la forma en que se apoyan entre sí.
- d) Emplear la recapitulación y la actualización al comienzo de las sesiones para dar sentido de continuidad al trabajo grupal y para promover la cultura de grupo, de forma que los participantes se sientan motivados a continuar en el grupo.
- e) Señalar los logros aislados o acontecimientos extraordinarios que se presenten a partir del trabajo grupal, como vía de motivación al señalar los cambios alcanzados.

### ***Encuadre***

Las primeras cuatro sesiones se realizarán semanalmente, las siguientes ocho quincenalmente y la última sesión tras un mes; en un total de seis meses. Diez de las trece sesiones tendrán una duración de dos horas, y tres sesiones serán de duración prolongada de dos horas y media. La permanencia en el grupo dependerá del respeto por las reglas del grupo, las cuales serán proporcionadas en primer lugar por el terapeuta, y en un segundo momento se añadirán reglas propuestas por los participantes, con la finalidad de que añadan aquellos elementos que consideren importantes para fomentar un clima de respeto y confianza en el trabajo grupal. Las sesiones deben comenzar y terminar puntualmente, y todos aquellos aspectos que contravengan las reglas o el trabajo grupal serán presentados ante el grupo, para evitar la escisión de sus miembros.

El grupo estará conformado por entre seis y nueve participantes. En la entrevista inicial, de preparación, se establecerá un contrato individual con los participantes, en donde se les indicarán tanto las reglas, como se señalará el compromiso de asistir y permanecer en las sesiones; en la primera sesión del grupo se añadirá un contrato grupal, en que los miembros se comprometen a trabajar juntos para favorecer tanto el cumplimiento de los objetivos individuales como de la meta grupal.

Asimismo, en la primera sesión grupal se señalarán los motivos por los que una persona puede ser dada de baja del grupo, es decir, aquellos que no respeten las reglas del grupo y quienes no participen o permanezcan en las sesiones grupales.

### **4.4 ESTRATEGIAS DE CAMBIO**

La perspectiva terapéutica narrativa considera que las realidades y sus significados se mantienen por medio de la narrativo, por lo que la dominación de descripciones empobrecedoras de la identidad debe ser reconocida y modificada, pues estas narrativas dominantes determinan el comportamiento y las ideas de sí mismo (Quintero y Andrade, 2012), es necesario por tanto adentrarse en las narrativas dominantes con el fin de encontrar logros aislados y acontecimientos extraordinarios que contradigan el relato dominante y amplíen las historias de agencia personal y recursos, con el propósito de re-narrar la historia,

de forma que la historia de vuelta transformadora (White y Epston, 1993; White, 2000, 2002a, 2002b; Andrade y Quintero, 2012).

Una historia enriquecida de sí mismo, con rescate y énfasis en los recursos, motivación, valores, y agencia personal, permite crear una imagen alternativa de sí mismo, preferida, que orienta –con base en estos nuevos conocimientos sobre valores, intenciones y recursos– el comportamiento de la persona, y otorga pautas de conducta acordes con la nueva identidad preferida.

Si se consideran las ideas principales del cambio terapéutico en el modelo narrativo, estas son (Bustamante, Jorquera y Smith, 2010): a) La generación de una nueva narrativa más satisfactoria para el consultante, que incluya más ámbitos de las experiencias con descripciones más enriquecedoras de las identidades, relaciones contextos y posibilidades; y, b) el rito de pasaje comprendido como una ceremonia social que facilita la transición de un estado a otro.

A estas dos ideas, debe sumarse la internalización de la agencia personal, que permite a la persona asumir la responsabilidad por dirigir su vida en la dirección que mejor le parezca, de acuerdo con sus esperanzas, principios y recursos, para alcanzar sus metas.

Así pues, el grupo, como contexto social, favorece la legitimación y validación –afianzando y “cristalizando” tanto sus representaciones como sus prácticas (Berger y Luckmann, 1997)– de las transformaciones narrativas de la experiencia y de la identidad de cada uno de sus participantes, con lo cual da soporte a la modificación de ciertos comportamientos para actuar de conformidad tanto con las expectativas del grupo (Vinogradov y Yalom, 1996) como con la identidad preferida y los nuevos significados atribuidos a la experiencia. Pues todo cambio de la persona es autenticado por el grupo, lo cual le brinda solidez y ayuda a promover su permanencia (Tomm, 1989; Epston, White y Murray, 1996).

#### 4.5 HABILIDADES CLÍNICAS EN LA TERAPIA NARRATIVA DE GRUPO

El terapeuta de grupo debe promover la cohesión, crear, construir y mantener la cultura de grupo, evitar la formación de subgrupos, de chivo emisario y de chivo expiatorio, a fin de que existan no sólo reglas compartidas sino apoyo, seguridad y protección para todos los miembros del grupo, lo cual es fundamental para la expresión emocional que se requiere en la terapia, tanto para la expresión emocional correctiva como para favorecer la cohesión grupal, la cultura de grupo y la consecución de la meta del grupo (Yalom, 1986; Vinogradov y Yalom, 1996; Bernstein y Nietzel, 1988).

Adicionalmente, el terapeuta debe ser capaz de realizar la doble escucha (White y Epston, 1993 y 2005; White, 2002a y 2004), dirigir las conversaciones de forma externalizante, evitar “esencializar” a los miembros del grupo y evitar que los miembros del grupo hablen de forma “esencializante” entre ellos, así como debe ser capaz de evitar el uso de conceptos que reproduzcan etiquetas y discursos dominantes excluyentes (Morgan, 2000) o victimizantes (Pereda, 2010; Beristain, 2011). El terapeuta, en el modelo narrativo, valida al consultante, sus sentimientos y dolor, y debe señalar sólo implícitamente su responsabilidad en dar vida al problema para evitar nuevos sentimientos de culpa: “La responsabilidad que le cabe al paciente por haberse sometido sólo se menciona, en general, de manera implícita, y no explícitamente. Es importante hacerlo a fin de minimizar cualquier posible reactivación de la censura y la culpa (y de sus efectos paralizantes)” (Tomm, 1989: 13).

El terapeuta narrativo, a diferencia de otros modelos, es “transparente” (Gergen y McNamee, 1996, Gergen y Warhus, 2001; White, 2000, 2002a, 2002b; White y Epston, 1993), pero esta transparencia no debe, bajo ninguna circunstancia, tornarse en protagonismo, y debe ser adoptada con responsabilidad. El terapeuta debe reconocer, en todo momento, la pertinencia de sus intervenciones y de las revelaciones personales que haga al grupo, a fin de que no resulten contraproducentes al proceso grupal; asimismo, la espontaneidad y expresión emocional deben sujetarse, en todo momento, a la ética profesional, el respeto y la responsabilidad que el terapeuta tiene como obligación profesional, pues, si bien el modelo narrativo típicamente contempla que el terapeuta “no es la *autoridad*” es –

virtualmente si se quiere– el líder del grupo, y en él está depositada la autoridad por legitimación social (si no las personas no acudirían a él en primer lugar). Como el mismo White señala

*“Dentro del contexto terapéutico siempre existe un diferencial de poder, no importa cuán comprometidos a desmantelarlo estemos, no importa cuán decididos estemos a establecer este contexto como igualitario. El reconocimiento de este hecho hace que los terapeutas tomen conciencia de que les corresponde encontrar maneras de que este diferencial de poder no tenga efectos desfavorables en las vidas de las personas que los consultan”.* (White, 2002b: 112).

Así pues, si bien el terapeuta debe declarar su toma de postura y creencias, deberá hacerlo en un marco de compromiso ético y responsabilidad por las consecuencias de sus palabras y acciones.

En el grupo narrativo hay interpretación, pero no del “inconsciente” sino del *significado*, y esta interpretación no se realiza desde la posición de “experto”, sino en colaboración, reconociendo tanto la polisemia como el conocimiento local. Como señalan García y Mardones (2010), el terapeuta en el modelo narrativo –particularmente en los casos en que se tratan experiencias traumáticas– se orienta a empoderar al consultante como experto en su vida. Por tanto, el terapeuta debe ser capaz de brindar interpretaciones sobre el significado de acontecimientos y experiencias sin imponerlas, sino interrogando al participante y al resto del grupo sobre cuál puede ser el significado de los eventos y si es que esto resulta relevante o no.

Finalmente, y no menos importante, el terapeuta de grupo no debe asumir la centralidad en el proceso, por lo que debe reconocer cuándo intervenir y cuándo permitir el propio proceso del grupo, la centralidad debe hallarse en los participantes no en el terapeuta (de acuerdo con el principio de descentralización de la terapia [White y Epston, 1993, 2005; White, 2000, 2002a, 2002b; Gergen y McNamee, 1996; Gergen, 2006] que implica que el proceso debe ser visto como realizado primordialmente por el consultante, no por el terapeuta).

Otro aspecto fundamental del papel del terapeuta se vincula con la validación y apoyo de los intentos de cambio del consultante. Una vez que han externalizado el problema en su conjunto y sus componentes específicos, los consultantes son incitados a advertir las posibilidades que tienen de actuar contra el problema ya externalizado, y el terapeuta los invita a encauzar sus vidas en la dirección que prefieran. Es extremadamente importante que el terapeuta permanezca muy atento a los efectos problemáticos que puede tener una expectativa demasiado alta para el cambio constructivo, con frecuencia es necesario externalizar las “expectativas irreales” como un componente más del problema, a fin de evitar los efectos patologizantes de las experiencias de fracaso, desaliento y desesperanza. A veces resulta útil sugerirle al paciente que el modelo más probable es el de “tres pasos hacia adelante y dos hacia atrás”, puesto que “los antiguos hábitos no mueren fácilmente”. Finalmente, cuando el consultante da esos pasos constructivos, es necesario reconocerlos y responder a ellos, a fin de que formen parte de esa identidad curativa, y es necesario para que los cambios constructivos persistan; es necesario reconocer y dar valor a estas nuevas conductas constructivas, darles significación a fin de que se incorporen como parte de la nueva identidad emergente (Tomm, 1989: 12-15).

#### **4.6 TAREAS TERAPÉUTICAS**

Las tareas terapéuticas son una estrategia terapéutica empleada, principalmente aunque no de manera exclusiva, en la terapia cognitivo-conductual (Lanza, 2006) como tareas de aproximación y registros de auto-observación, en la terapia sistémica (Watzlawick, Fisch, y Weakland, 1992; Fisch, Weakland y Segal, 1994; Haley, 2008; Madanes, 2007; Minuchin, 2004; Minuchin y Fishman, 2004) y en el modelo posmoderno de soluciones como directivas de pequeños cambios para generar una solución o bien como directiva de aplicar las soluciones previamente utilizadas –excepciones– (De Shazer, 1991, 1992; Cade y O’Hanlon, 1995), son empleadas en menor medida en el modelo narrativo, generalmente relacionadas con el análisis o lectura de textos (White, 2002b), y en tiempos recientes son empleadas también por algunos psicoterapeutas psicoanalíticos (Lanza, 2006).

Las tareas terapéuticas cumplen diferentes objetivos, dependiendo del enfoque empleado, pero en los distintos modelos, el objetivo de las tareas es que las personas en tratamiento, fuera del contexto terapéutico, lleven a cabo tareas que sirven para alcanzar la meta del proceso, realizando actividades que, o bien no podrían cubrirse en el encuadre terapéutico, o bien requieren ser integradas en el marco contextual o relacional de la persona. Así pues, la asignación de tareas terapéuticas es una técnica que favorece el proceso terapéutico mediante la realización de actividades “fuera del consultorio”, que serán abordadas y analizadas “dentro del consultorio”, estas tareas entre sesiones buscan mejorar los resultados del tratamiento.

Lanza (2006) cita investigaciones sobre el trabajo de escritura entre sesiones, que le llevan a concluir que la escritura entre sesiones ayuda a las personas a adoptar una posición activa con respecto a su padecimiento, a pensar y encarar mejor las situaciones difíciles y para dar forma y configuración a los pensamientos; y señala que “en el caso de pacientes que han sufrido traumas por abuso sexual en la infancia o situaciones de violencia familiar reiterada, el poner por escrito –entre sesiones– dichas situaciones traumáticas se revela como de la mayor utilidad y contribuye a profundizar y acelerar el proceso terapéutico” (Van Zuuren, 1999, Allard, Freyd, Momiyama, 2004, Pennebaker, 2004; en Lanza, 2006). Pennebaker y Seagal (1999, en Lanza, 2006) realizaron un estudio sobre escritura entre sesiones, cuya conclusión fue que la gente se beneficiaba al ir transformando una experiencia traumática en una narración que les permitía explicar y entender los hechos traumáticos dado que la configuración narrativa provee una organización de los pensamientos y sentimientos relacionados con el hecho traumático. Por su parte, la lectura interactiva y la discusión de lecturas es un formato psicoeducativo que más que orientarse a transmitir información se enfoca a simbolizar la transformación y las ideas que pueden resultar conflictivas en el trabajo con experiencias traumáticas (Lubin y Johnson, 2003).

Por otro lado, las tareas corporales son un trabajo íntimo de re-apropiación del cuerpo, que evidentemente no puede ser realizado por el terapeuta ni por los demás miembros del grupo, es un trabajo orientado a trabajar con el “trauma corporal” (o “memoria corporal del trauma”) a fin de que la persona no sólo se acostumbre a su cuerpo y el tacto, sino que

asuma además que le pertenece, dado que la somatización, los problemas con la imagen corporal y la evitación del contacto físico son eventos relacionados con el propio cuerpo y que son considerados como efectos del abuso, es necesario trabajar también la dimensión corporal como parte del proceso terapéutico, esto es, dedicar un núcleo del trabajo terapéutico a la reparación de la relación con el propio cuerpo y liberar al cuerpo de la memoria del trauma (Stupiggia, 2011).

Finalmente, otro aspecto que no puede ser trabajado exclusivamente en el trabajo grupal es la fijación de límites y fronteras (Minuchin y Fishman, 2004) y la evitación de las patologías comunicacionales (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1985), por lo que algunas de las tareas terapéuticas contemplan la utilización de tareas para la fijación de límites y fronteras y la comunicación clara y directa, a fin de que los consultantes puedan comenzar a establecer límites en los diferentes ámbitos relacionales en que se desenvuelven.

#### **4.7 PLAN DE LAS SESIONES**

El diseño del grupo terapéutico narrativamente orientado, contempla la sucesión de las fases que se presentan en la terapia narrativa individual pero en colaboración grupal, mediante la realización de conversaciones narrativas (externalizadoras y colaborativas) entre los miembros del grupo y el terapeuta y actividades grupales e individuales que serán compartidas con el grupo.

A partir de la segunda sesión se contempla la actividad de recapitulación, en la cual los miembros del grupo y el terapeuta rescatarán los aspectos que consideran importantes de las sesiones anteriores, con el objetivo de que se mantenga presente en el grupo, para su motivación y refuerzo, el proceso grupal (Vinogradov y Yalom, 1996). A partir de la tercera sesión, se incluye una actividad de actualización, en la cual los miembros del grupo señalarán acontecimientos externos al grupo que consideren significativos en sus vidas y que formen parte del proceso de reconocimiento de los efectos del grupo en el mundo de la vida cotidiana. Ambas actividades, recapitulación y actualización, forman parte de la apertura de las sesiones, como parte del proceso inicial de cada una de ellas y están orientadas a dar



continuidad entre las sesiones, a fin de promover la cultura de grupo (Vinogradov y Yalom, 1996).

Las sesiones son semi-estructuradas, es decir, tienen un diseño sobre qué debe abordarse, pero debe haber flexibilidad en la realización de las actividades, así como debe darse espacio a modificaciones que puedan surgir en respuesta a las necesidades de los participantes, pues es en ellos en quien debe recaer la centralidad del proceso terapéutico, debe recordarse que las técnicas no se presentan de forma aislada y que en cada conversación hay un “zigzag” entre la externalización, la deconstrucción y la re-autoría (Morgan, 2000).

## **DISEÑO DE LAS SESIONES GRUPALES**

### ***Comienzo del Proceso Grupal***

#### 1) Primera sesión

- **Objetivos:** El objetivo principal de esta sesión es que los participantes se presenten y conozcan entre sí y comenzar a promover la cohesión grupal.
  - Presentación de los miembros del grupo.
  - Establecer el encuadre y las reglas del grupo.
  - Presentación del terapeuta.
  - Realización del contrato terapéutico grupal (pues ya se ha realizado uno entre el terapeuta y cada participante de manera individual).
  - Negociar un significado para la meta grupal: “Superar los efectos del abuso”.
  
- **Encuadre y Reglas**
- **Presentación del terapeuta ante el grupo**
- **Actividades:**
  - ❖ **Contrato terapéutico**
  - ❖ **Presentación de los miembros del grupo. ¿Quién creo que soy, por qué estoy aquí?**
  - ❖ **¿Quién quiero ser?**

- ❖ Establecimiento de la Meta del Grupo: Superar los efectos del abuso. Negociación ¿qué es para ti superar los efectos del abuso?
- ❖ Asignación de la tarea terapéutica de escritura de la autobiografía. White y Epston (1993: 94) consideran que los relatos vitales se han construido a través del «filtro de la conciencia de los protagonistas», la comprensión de estos relatos, permite entender tanto los elementos que configuran el problema como el papel que toman las experiencias vitales en la construcción del relato opresivo, saturado de problema. La autobiografía enlaza las experiencias de la persona a través del tiempo en la forma de un relato, conectándolas entre sí y otorgándoles un valor, asumiendo que esas experiencias definen tanto su vida como su identidad. El relato vehiculiza la versión de un mundo socialmente compartido pero que responde a la posición –con respecto al mundo– de la persona que lo narra; la historia relatada es significativa tanto por lo que cuenta como por lo que omite y podría narrado, la selección de los hechos resulta tan importante como los hechos relatados (Ramos, 2001). Comenzar a entender cómo vive el mundo la persona, qué hechos de su vida considera definitorios de sus expresiones de experiencia y configuración de la identidad, tiene como punto de partida, forzosamente, la forma en que organiza y concatena sus experiencias, es decir, su relato vital.

## 2) Segunda sesión. Sesión prolongada

- Objetivo. El objetivo de esta sesión es conocer el relato de cada uno de los participantes, y que los miembros del grupo puedan identificarse entre sí a partir de sus historias de vida.
- Actividades:
  - ❖ Recapitulación
  - ❖ Autobiografía 1ª Parte: Los participantes compartirán con los demás su relato de vida en una lectura en voz alta.
  - ❖ Colaboración de la audiencia: Los testigos externos, como audiencia, tienen una función primordial en la colaboración para co-construir el relato (White, 2002a, 2002b), en este caso, aunque no se trata de una ceremonia de definición, los participantes del grupo

colaborarán en la ampliación de los relatos, con objeto tanto de generar una reflexión que cimiente las sesiones posteriores como de promover la cohesión a partir de la identificación; además de que es posible esperar el aprendizaje interpersonal en este ejercicio. La conversación colaborativa adoptará el proceso de trabajo con testigos externos, que supone la expresión, la imagen, la resonancia y la transportación (White, 2002a, 2002b). La expresión implica que los participantes elijan, en cada relato, aquellos aspectos que les resultaron más significativos o importantes y los señalen, junto con la explicación de por qué les atrajo la atención; con la imagen, los participantes explicarán qué imágenes o ideas surgieron en su mente a partir del relato, y cómo consideran que esto podría conectarse con lo que, a partir de lo que escucharon, consideran importante para la persona. La resonancia para White (2002a, 2002b) es el conjunto de ideas y el sentido que la audiencia conecta con su propia experiencia a partir del relato escuchado, los testigos expresan estas ideas con respecto a sí mismos, como devolución al relator y al “transportar” a su vez informan sobre las conclusiones que el relato ha traído sobre su propia experiencia (White, 2002a, 2002b).

- ❖ Externalización de los efectos del abuso
- ❖ Asignación de Tarea terapéutica: Búsqueda de acciones de resistencia en la autobiografía realizada.
- ❖ Refrigerio

### 3) Tercera sesión

- Objetivo. Destacar los actos de resistencia frente al abuso para promover la identificación de recursos Yuen, 2009) y la internalización de la agencia (Tomm, 1989).
- Actividades:
  - ❖ Recapitulación
  - ❖ Actualización
  - ❖ Autobiografía 2ª Parte
  - ❖ Exploración de las Respuestas al Abuso. En esta sesión se revisarán todas las respuestas que se realizaron frente al abuso (Yuen, 2009) a fin de destacar tanto los recursos

personales como los actos de resistencia y supervivencia realizados frente al abuso. Esto permite, además, promover la internalización de la agencia (Tomm, 1989).

- ❖ Asignación de la tarea terapéutica “Barba Azul”. Se le solicitará a los participantes que lean el cuento “Barba Azul” de C. Perrault (1697) y anoten lo que consideren lo más importante del cuento y aquello que puedan identificar como próximo o similar a sus propias experiencias, a fin de promover la reflexión y simbolización de sus propios conflictos (Lubin y Johnson, 2003).

#### 4) Cuarta sesión

- **Objetivo.** Deconstruir el discurso dominante y externalizar los sentimientos, ideas y efectos en general que provoca mediante la simbolización (Lubin y Johnson, 2003).
- **Actividades:**
  - ❖ **Recapitulación**
  - ❖ **Actualización**
  - ❖ **Análisis de Barba Azul.** Se solicitará a los miembros del grupo que compartan sus impresiones sobre el cuento de “Barba Azul”, sus reflexiones, los sentimientos y recuerdos que les evoca y todo aquello que consideren significativo de la historia respecto a sí mismos. Después, se les comentará la interpretación que Pínkola (2009) hace del cuento como metáfora del “depredador” interno y se les solicitará que realicen una reflexión sobre esta idea.
  - ❖ **¿Qué te dice tu depredador?** Actividad de deconstrucción del discurso dominante. Se le pedirá a los participantes que expresen cuál es el discurso dominante de su “depredador interno” y se analizarán los aspectos socioculturales que han configurado este discurso (White y Epston, 1993; White, 2000, 2002a, 2002b, 2004).

### ***Fase de Desarrollo del Proceso Grupal***

#### 5) Quinta sesión

- **Objetivos.** En esta sesión se busca dar forma a los pasajes de acción y los pasajes de conciencia de los relatos de los participantes, puesto que la fase liminal de caracteriza por el desorden, y éste puede llevar la frustración, es necesario comenzar a dar forma al relato

enriqueciéndolo con la nueva información o la información resucitada (White y Epston, 1993, 2005; White, 2000, 2002a, 2002b).

➤ Actividades:

❖ Recapitulación

❖ Actualización

❖ Externalización de los efectos del abuso, deconstrucción del discurso dominante e identificación de los recursos y respuestas. El objetivo de esta actividad es integrar el trabajo realizado en las sesiones anteriores, a fin de comenzar a dar orden y organización a los nuevos descubrimientos sobre recursos y logros aislados (White y Epston, 1993; Epston, 1994; White, 2002b), pues en la fase *liminal* hay mucha confusión (White, 2002a, 2002b).

❖ Asignación de tarea terapéutica: La fábula del abuso. Esta tarea tiene como objetivo que los participantes nombren el abuso sin ser re-victimizados (White, 2002a, 2002b y 2000), puesto que no se les pide que narren los detalles del abuso sino que se permite que sean ellos quienes decidan qué narrar y cuál es su límite, de una manera literaria que, al alentar la metáfora, permite que más allá del abuso identifiquen respuestas ante el abuso y posibles lecciones adquiridas, y permiten además reconocer los recursos (mediante la identificación del personaje) que posee la persona, no sólo los efectos negativos del abuso.

6) Sexta sesión: Sesión prolongada.

➤ Objetivo: Esta sesión tiene por objetivo “nombrar el abuso” y sus efectos (White, 2002a, 2002b), de manera no victimizante para los participantes pero que permita reconocer la especificidad de los problemas, la influencia sobre los participantes y la influencia que los participantes tienen sobre ellos.

➤ Actividades:

❖ Recapitulación

❖ Actualización

- ❖ Lectura grupal de las fábulas: Los participantes del grupo compartirán las fábulas realizadas como tarea, explicarán la moraleja encontrada por cada uno de ellos.
- ❖ Ampliando la fábula: Los participantes analizarán cada una de las fábulas, aportando lo que representa para cada uno de ellos la moraleja, externando los aspectos negativos identificados en el relato y cómo, para cada uno de ellos, la fábula refleja lecciones o enseñanzas que puedan vincular a su propia vida (ejercicio de re-narración grupal [White, 2002a, 2002b]).
- ❖ Nombrar el abuso: Tras el ejercicio de las fábulas y el análisis grupal, se solicitará a los participantes que nombren el abuso y sus efectos, como es para cada uno de ellos y explicando que el nombre puede ser diferente para cada quien, y que lo importante es reconocer (y no negar) la existencia del abuso, conocer sus efectos y especificarlos para cada uno de ellos; nombrarlos en su especificidad para trabajar con cada uno de ellos (White, 2000, 2002a y 2002b).
- ❖ Refrigerio

## 7) Séptima sesión

- Objetivo: Identificar cómo influye el problema en la vida de los miembros del grupo y cómo los miembros del grupo (a título individual, evidentemente) dan vida y sostén al problema.
- Actividades:
  - ❖ Recapitulación
  - ❖ Actualización
  - ❖ Trazando la historia del problema: Se solicitará a los participantes que narren la biografía del problema nombrado y sus efectos, cómo han atacado la vida de los miembros del grupo y cómo cada uno de ellos ha alimentado, nutrido y engrandecido el problema, mediante preguntas de influencia relativa (White y Epston, 1993; White, 2002b)
  - ❖ Asignación de la tarea “Este cuerpo es mío”: Se le dejará a los participantes la tarea de darse masaje a sí mismos, por lo menos durante cinco minutos y el tiempo que quieran, en todas las zonas del cuerpo en donde sientan tensión muscular; con la instrucción adicional de pensar cosas positivas sobre sí mismos y pensar cosas afectuosas para sí

mismos mientras se dan el masaje. Esta tarea está orientada a promover la recuperación de la relación positiva con el propio cuerpo. Los comportamientos del abusador provocan un traumatismo a nivel de la vivencia corporal y una perturbación en la relación del niño con su cuerpo (Barudy, 1998); estos conflictos pueden mantenerse hasta la edad adulta, por lo que es necesario atender de manera específica la relación con el propio cuerpo. El dolor y la tensión corporal, desde la perspectiva de la psicoterapia corporal, tienen una historia que los origina; un masaje y entender cómo se conecta la tensión con los conflictos ayuda a la liberación del dolor (Serrano, 2004). Los auto-masajes corporales son un regalo para sí mismo, una forma de relajarse, liberar la tensión y de simbolizar la re-apropiación del cuerpo para sustituir recuerdos negativos por positivos (Stupiggia, 2011).

#### 8) Octava sesión

- Objetivo: Identificar los recursos personales y los pasajes de conciencia que motivan el trabajo en terapia, que se hallan implícitos en el relato, y conforman el sustento de la identidad preferida.
- Actividades:
  - ❖ Recapitulación
  - ❖ Actualización.
  - ❖ Identificación y Andamiaje de lo “Ausente pero implícito” en los relatos: Considerando que en el relato dominante y la historia del problema se hallan ausentes pero implícitos logros aislados, experiencias de vida y ámbitos de la identidad que quedan fuera de la historia del problema y pasajes de conciencia que les sostienen (valores, esperanzas, creencias, etc.), es necesario identificar lo “ausente pero implícito” para anclarlos a las historias alternativas e identidad preferida, como soporte o sustento de esos relatos alternativos (Carey, Walther y Russell, 2009). La identificación de lo ausente pero implícito brinda un soporte a la identidad preferida y a las historias enriquecidas resultantes del rito de pasaje correspondiente al proceso terapéutico, por ello debe realizarse la identificación de los significados subyugados en el relato, para comenzar a resucitar los conocimientos excluidos en el relato dominante y comenzar a construir nuevos sentidos para las experiencias significativas que relatan formas preferidas de identidad y enriquecen la

historia de vida (White, 2002a, 2002b). El objetivo de este proceso es comenzar a re-narrar la historia y re-crear la identidad (White, 2000).

- ❖ Asignación de la tarea terapéutica “El color púrpura”. Se solicitará a los participantes que vean la película “El color púrpura” (Jones *et. al.* & Spielberg, 1985), y que al término anoten todos aquellos elementos que les parezcan significativos, ya sea porque les gustaron, porque no les gustaron, porque consideran haber vivido cosas similares, porque consideran haber vivido cosas diferentes, porque les conmovieron o disgustaron. Sus notas e ideas serán discutidas en la siguiente sesión. El utilizar películas como complemento a la psicoterapia resulta de gran utilidad debido a que las películas tienen mención a temas amplios de la cultura occidental, y permiten a las personas observar conflictos similares a los suyos desde una distancia cómoda Schulenberg, 2003, en Peña, 2008); la “cineterapia (Fasja, 2002, Schulenberg, 2003, Salin-Pascual, 2005; en Peña, 2008) tiene sus raíces en la “biblioterapia” y es considerada como una adaptación de los libros a la información visual. El empleo de las películas es sólo un complemento al proceso terapéutico, que permite a la persona, por medio de la identificación, explorar aspectos sobre sí misma, sus acciones y respuestas, etc. Peña (2008) destaca que entre las ventajas de recurrir a la “cineterapia” (en sesión o entre sesiones) reporta factores de apoyo al proceso terapéutico, debido a que “el grupo permite generar una discusión después de un proceso de identificación que implica el observar una película, acorde a cierta problemática en el grupo” y puede favorecer la resonancia entre los participantes.

## 9) Novena sesión

- Objetivos: En esta sesión los objetivos son la identificación de conflictos y recursos para enfrentarlos, y la toma de posición con respecto al cambio (White, 2000, 2002a, 2002b).
- Actividades:
  - ❖ Recapitulación
  - ❖ Actualización
  - ❖ Análisis y discusión de “El color púrpura”. El objetivo de discutir la película es favorecer la identificación de los participantes con aspectos significativos de la película, la resonancia



que tiene en cada uno de ellos y las lecciones que pueden sustraerse de la película. Posteriormente, se revisará cuál fue el pasaje de “Celie” de víctima a sobreviviente, y qué cree cada uno de los participantes del grupo que requirió para “Celie”, qué creen que requeriría para ellos y cómo pueden lograr su propia transición de manera “total”.

- ❖ Toma de posición. En la segunda fase de la sesión, tomando como punto de partida el análisis de la película, se le solicitará a los participantes que señalen en qué fase del proceso se encuentran, qué cambios requieren para asumir el control total sobre su vida y para ser flexibles frente a los cambios posibles (cosas por conocer), y qué es lo conocido de lo que aún no logran separarse.

#### 10) Décima sesión

- Objetivo. Comenzar a dar forma a los relatos enriquecidos de los participantes, a partir de la ampliación de los relatos con los logros aislados o acontecimientos extraordinarios, y con los compromisos, principios, anhelos, valores e ideas de los participantes.

- Actividades:

- ❖ Recapitulación

- ❖ Actualización

- ❖ Re-narrar el relato: Se le solicitará a los participantes que hagan un recuento de sus hallazgos sobre aquellos elementos que estaban ocultos en su relato original, pero que demuestran sus recursos, sus logros aislados, sus compromisos, anhelos o ideas. Los miembros participarán también en señalar aquellos aspectos en que se identifican con los demás, lo que les gustaría aprender todavía (compromisos a futuro), y lo que consideran significativo en el relato de los demás.

- ❖ Asignación de la tarea “Baile por la liberación del cuerpo”: Dunne (2003), ha desarrollado y empleado un modelo que denomina “narradrama”, en donde se utilizan técnicas de acción y terapia de drama (psicodrama) dentro del encuadre narrativo. El arte en todas sus expresiones es un medio terapéutico, la danza, el canto la actuación y otras formas de acción creativa permiten el autoconocimiento, la expansión de roles, la expresividad e invitan a las personas a responder a través del intelecto, las emociones, el espíritu y el cuerpo (Dunne, 2003). El uso de la danza y el canto como metáfora de liberación permite

simbolizar la transformación de la persona, su libertad expresiva y creativa, readquiridas en el proceso de re-narrar, y la simbolización del cuerpo como objeto de creación y no como depositario de la violencia. La tarea “baile por la liberación” consiste en asignarles la tarea de bailar, en donde quieran y cuando quieran, con la música de su preferencia, mientras tratan de expresar con su cuerpo sus ideas sobre sí mismas, sobre su cuerpo como creador artístico, sus emociones como expresión de su fortaleza; que experimenten cómo a través de la danza pueden soltar sus problemas, dolores y sufrimientos pasados, que dejen que el cuerpo hable de ellos en silenciosa cadencia. Al final, sólo deberán compartir con el grupo de qué se liberaron, cómo se sintieron, y qué representó la experiencia para ellos.

### ***Fase de cierre o terminación del Proceso Grupal***

11) Décimo primera sesión

- Objetivo. En esta etapa del proceso los participantes se encuentran cercanos al término de la fase liminal y próximos a la fase de re-incorporación, por lo que es momento que tomen posición frente al cambio y lo posible de conocer (White, 2000, 2002a, 2002b) y de que realicen la re-membranza (White, 2002a).
- Actividades:
  - ❖ Recapitulación
  - ❖ Actualización
  - ❖ Compartir la experiencia de baile: Los participantes describirán su experiencia de “baile por la liberación”, qué representó para ellos y cómo se sintieron.
  - ❖ Realización de toma de posición y conversaciones de andamiaje.
  - ❖ Re-membranza. Selección de los miembros del club de la vida en función de sus aportaciones a los relatos alternativos y exclusión de personas del club de la vida por su aportación al relato dominante (White, 2002a)
  - ❖ Asignación de la tarea “Pregunta del milagro”: La técnica de “La pregunta del milagro” (De Shazer, 1991; Cade y O’Hanlon, 1995), es una pregunta que ayuda a las personas a concentrarse en una solución potencial y no en los problemas. La instrucción es la

siguiente: “Supongamos que una noche se produce un milagro, y mientras ustedes duermen el problema que los ha traído a terapia ha quedado resuelto. ¿Cómo lo sabrían? ¿Qué sería distinto? ¿Qué verían ustedes de diferente a la mañana siguiente, como signo de que se produjo un milagro?” Por medio de estas preguntas se busca llegar a respuestas precisas y concretas, conductuales y no utópicas (Cade y O’Hanlon, 1995), a fin de que el consultante vislumbre las pautas de acción de solución para que estas actúen como catalizador para que las lleve a cabo. Es importante que estos cambios se vinculen con sus propias conductas y actitudes y no con los de los demás, por lo que el terapeuta debe explicar a los consultantes que debe hablar sobre qué sería diferente en él mismo, y no en su entorno o las personas con quienes se relaciona. Los miembros del grupo deberán responder la pregunta del milagro en el periodo entre las sesiones.

## 12) Décimo segunda sesión

- Objetivo: El objetivo de la sesión es preparar el cierre del proceso grupal mediante la realización de la re-narración para el enriquecimiento de los nuevos relatos *densos* de los miembros del grupo.
- Actividades:
  - ❖ Recapitulación
  - ❖ Actualización
  - ❖ Autobiografía re-escrita: Ceremonia de definición. Los miembros del grupo re-narrarán su autobiografía, incorporando en ella sus recursos, compromisos, valores, deseos, sus respuestas frente a los conflictos, sus logros aislados y todo acontecimiento extraordinario que sea para ellos significativo.
  - ❖ Ampliación de la autobiografía por los miembros del grupo: El grupo actuará como equipo reflexivo (White, 2000, 2002a, 2002b; White y Epston, 2005) para generar una re-narración del relato de cada uno de los participantes, a fin de ampliarlo en una Multi historia y co-autoría grupal de la historia de vida. Narración, Re-narración y Re-narración de la re-narración (White, 2002a y 2000).
  - ❖ Asignación de la tarea carta al grupo: Cartas terapéuticas (White y Epston, 1993; Epston, 1994; White, 2002a, 2002b)

- ❖ Respuesta a la pregunta del milagro: Se le explicará a los miembros del grupo que en su respuesta a la pregunta del milagro está la respuesta sobre las acciones que deben tomar para evitar la influencia del problema en sus vidas.

- ❖ Metáfora de la Bicicleta

### 13) Décimo tercera sesión: Sesión prolongada

- Objetivo: El objetivo de esta sesión es dar un cierre al trabajo grupal, afianzando los nuevos relatos enriquecidos, las identidades preferidas y realizando una ceremonia de definición para concluir el rito de pasaje.

- Actividades:

- ❖ Recapitulación: En esta sesión se destacarán los aspectos de la ceremonia de definición, para concluirla y cerrar el rito de pasaje, enfatizando los logros y cambios obtenidos, señalando el mapa y la posición en el mapa entre lo conocido y lo desconocido, lo que queda aún por multi-historiar y relatar, los recursos descubiertos y las identidades preferidas.

- ❖ Actualización.

- ❖ Rito de pasaje: Presentación de los miembros del grupo ¿Quién soy?

- ❖ Autocertificado: El auto certificado es un contradocumento (White y Epston, 1993; White, 2002a, 2002b) que permite ampliar las posibilidades futuras del consultante, es un instrumento de libertad y un recordatorio de su avance y de la reescritura de su vida y sus relaciones. Por ello, esta actividad busca que en el contexto grupal cada uno de los participantes escriba su auto certificado, un documento dirigido al problema y a sí mismo que guíe sus pasos futuros, y para que, al compartirlo con el grupo, los demás participantes cumplan la función de testigos sociales y puedan, al compartir, ampliar el contradocumento de manera que contenga la multiplicidad de historias alternativas surgidas en el contexto grupal.

- ❖ Carta al grupo. Casi para finalizar la sesión y a modo de cierre, los miembros del grupo leerán su carta dedicada al grupo, las cuales compartirán y conservarán como “rito de conservación” (Adams e Isenbart, 1993, en Durrant y White, 1993).
- ❖ Despedida del grupo. El terapeuta agradecerá a los miembros del grupo por haber realizado el trabajo terapéutico con esfuerzo y motivación, les dirá que oficialmente han concluido las actividades del grupo terapéutico y los invitará a recordar quiénes son, quién quieren ser y todos sus aprendizajes toda vez que se sientan con ganas de volver a lo conocido del discurso dominante saturado por el problema. Finalmente los invitará a pasar por el refrigerio.
- ❖ Refrigerio

Para finalizar, basta decir que este trabajo terapéutico no es sencillo, ni abreviado ni menos complejo que en el caso de cualquier otro modelo de intervención, por el contrario, es un modelo que requiere de habilidades técnicas por parte del terapeuta y de buena disposición y mucho esfuerzo por parte de los consultantes. No es posible tener un tratamiento exitoso sin la motivación de los consultantes, pues son ellos los responsables de su propio proceso, el terapeuta es, en todo caso, una persona con pericia y conocimientos que le permiten asistirlo en su rito de pasaje; y siempre debe reconocérseles el valor y la fortaleza que implica “enfrentarse a sus demonios” para provocar un cambio en sus vidas.



## Discusión

La falta de estadísticas en torno a los delitos de agresiones sexuales cometidos contra niños, niñas y adolescentes resulta preocupante, pues refleja una omisión tanto jurídica como social. Pese a la visibilización de los delitos cometidos contra infantes, no existe un registro que sirva para dar cuenta de cuántos son los delitos cometidos, por lo cual se ocultan tanto los factores de riesgo como la incidencia real, información que es de interés general para la población, pues se trata de problemas referidos tanto a la salud pública como a la seguridad pública. Resulta difícil establecer programas eficientes y políticas públicas cuando se desconocen las cifras de la población afectada y de la que puede potencialmente resultar afectada, por lo que parece inútil esperar que se desarrollen programas eficientes de prevención del abuso en tanto no existan más investigaciones y mejores datos sobre el tema, por ello resulta crucial, además del trabajo comunitario y la sensibilización de la sociedad impulsar la documentación eficaz para proveer mejores respuestas (Krug, *et. al.*, 2003). La prevención del abuso debe ser prioritaria debido a la multiplicidad de efectos negativos que pueden presentarse en las víctimas, desde los problemas psicosomáticos hasta los trastornos psiquiátricos; no sólo es un problema jurídico, es un problema de salud que atraviesa dimensiones éticas y socioculturales.

### *Prevención primaria*

Una revisión realizada por el Ministerio de Salud de Chile (Ministerio de salud de Chile y UNICEF, 2011) encontró revisiones sistemáticas sobre un total de 50 estudios relacionadas con la prevención primaria de abuso sexual en población universal, de niños de 3 a 13 años en el ámbito escolar; las intervenciones consistieron en programas de prevención, incluyendo educación y entrenamiento de habilidades individuales de afrontamiento, los efectos fueron medidos a nivel de conocimiento y conductas, y todos los estudios señalaron resultados positivos, pero “los resultados deben ser interpretados con precaución, ya que ningún estudio comprobó efectividad directa en la disminución de riesgo de abuso sexual infantil” (p. 20). De acuerdo con estos datos, el Ministerio puntualiza que el análisis de factores predictivos relacionados con el tipo de intervención y su eficacia da cuenta de que

los programas más efectivos fueron aquellos de más de tres sesiones; los programas que usaron actividad física y/o juegos de rol para entrenar habilidades de afrontamiento a situaciones de potencial abuso fueron más efectivos que los que solamente usaron entrega de conocimientos. Los niños que mejor adquirieron conocimientos fueron los preescolares y de educación básica inicial, sin embargo, ellos presentan a través del tiempo una menor retención de conocimientos dirigidos a prevenir el abuso.

Existen muchas dificultades para realizar intervenciones de prevención primaria que de manera efectiva ayuden a reducir el riesgo de abuso sexual infantil, sin embargo, existen una serie de recomendaciones generales para la prevención (Ministerio de salud de Chile y UNICEF, 2011):

- Entrenar a niños, niñas y adolescentes en el reconocimiento del abuso.
- Utilizar *setting* preescolar, escolar y sanitarios.
- Realizar intervenciones de prevención primaria en grupos de riesgo, tales como niños, niñas y adolescentes institucionalizados, hospitalizados, con discapacidad, con retraso del desarrollo, con problemas conductuales, por mencionar algunos (esta conclusión no proviene desde la evidencia actual, sino de evidencia expuesta, de sentido clínico).

Es muy difícil establecer programas de prevención primaria, pero es importante realizar trabajos de educación (psicoeducativos) a nivel comunitario, pues en la medida en que la población sea más consciente del abuso, su identificación y posibles efectos, será posible una mayor vigilancia social para la protección de los menores. Desafortunadamente, el abuso sexual infantil se inserta en un marco más amplio de violencia social, por lo que erradicarlo, aunque deseable en el muy corto plazo, parece una labor que depende del cambio cultural y la reorganización de las estructuras sociales que legitiman y estimulan la violencia, así como es necesario comenzar a construir representaciones sociales que no cosifiquen a los niños y adolescentes, que les den un lugar social no vulnerable y que comiencen a implementarse normas jurídicas que garanticen su protección. Mientras tanto, el abuso es y ha sido una forma de violencia cuyas víctimas, mayoritariamente, no reciben atención psicológica. Por lo que, además de considerar la prevención primaria, resulta pertinente diseñar programas



efectivos de atención primaria (prevención secundaria) para evitar que el abuso perpetúe sus efectos sobre las víctimas.

### *Atención primaria*

En caso de que ya se haya presentado el abuso, la atención primaria en Psicología, debe tener por objetivos terapéuticos (Ministerio de salud de Chile y UNICEF, 2011):

1. Estabilizar la sintomatología a corto y mediano plazo.
2. Ayudar al niño, niña o adolescente a elaborar e integrar la experiencia abusiva y abordar las consecuencias traumáticas de la situación de abuso.
3. Elaborar los sentimientos de culpa del niño, niña o adolescente y externalizar la responsabilidad de la agresión hacia el adulto, fomentando el sentimiento de seguridad emocional de la víctima.
4. Promover un sentido de sí mismo/a y del mundo que sea adaptativo a su desarrollo y bienestar integral.
5. Fomentar el apoyo de, por lo menos, un adulto significativo protector.
6. El tratamiento debe estar encaminado a optimizar aquellas potencialidades que han quedado afectadas y a eliminar aquellas que favorecen el descontrol.
7. Realizar un trabajo terapéutico con la/s figura/s protectora/s del sistema familiar, con el propósito de ayudarles a desarrollar o fortalecer la empatía con la víctima y de que se constituyan en una fuente de apoyo social importante.

### *Perspectiva de Género en la atención primaria*

Considerar la perspectiva de género en la intervención con niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual implica (Ministerios de salud de Chile y UNICEF, 2011):

1. Identificar sesgos y/o estereotipos de género facilitadores de la reproducción de ciertos patrones de conducta violenta, que impiden o dificultan la detección y el tratamiento (24). El conocimiento de estos prejuicios y estereotipos permite mejorar la pertinencia y calidad de las intervenciones que se realizan con niños, niñas y adolescentes, víctimas de esta

vulneración de derechos. Esto implica, entre otros aspectos, generar procesos de reflexión en los equipos, en las instancias con las que se coordinan (tribunales u otros proyectos) y, muy especialmente, con las familias, con el fin de disminuir sus temores y derribar los mitos en torno al abuso sexual.

2. Considerar la opinión de los niños, niñas y adolescentes para la realización de las intervenciones que se desarrollen, respetando sus intereses y evitando los estereotipos de género.

3. Potenciar los recursos personales de cada niño, niña o adolescente, superando los estereotipos de género y secuelas del abuso que pueden obstaculizar su pleno desarrollo.

4. Incorporar fuertemente a los padres o a aquellos que cumplen el rol parental masculino en el plan de intervención, para romper con la lógica de asignación tradicional de los roles femeninos y masculinos al interior de las familias (madres encargadas de la crianza y cuidado de la salud y padres encargados de la provisión económica).

5. Generar una apertura que incluya además a otros miembros del grupo familiar (por ejemplo, abuelos y abuelas), reconociendo de esta forma la importancia de la familia como agente de socialización que permite fortalecer roles masculinos y femeninos de carácter positivo y una importante red primaria de apoyo.

Más allá de la inequidad de género y de los prejuicios existentes, hay una enorme desigualdad social entre los niños y los adultos. Resulta esencial reconocer la inequidad de que son víctimas los niños y adolescentes, no sólo en México, sino a nivel mundial, y no sólo en materia de salud sexual, sino en el reconocimiento de sus derechos. El que carezcan de la categoría de “ciudadanos” los coloca muy por debajo del resto de la población, y esta situación no sólo los vuelve más vulnerables a la violencia, sino también a la desprotección en materias de salud, a la explotación y a la cosificación, pues aun cuando las leyes reconocen que los menores no pertenecen ni a sus padres ni a los tutores o gobernantes, en las prácticas sociales y en las representaciones sociales que les acompañan, los niños son tratados y vistos *como si* fueran propiedad de los adultos que dirigen las instituciones en las que participan (llámese familia, escuela, hospicio, etc.),

*“... la consideración de la familia como un recinto privado, alimentada por la ideología de que la mujer es propiedad del marido y los hijos patrimonio de los padres, es un obstáculo añadido para la detección de cualquier tipo de maltrato a los niños y para la adopción de medidas correctoras necesarias” (Sanmartín, 1999; en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).*

Por ello es necesario comenzar a sensibilizar sobre los efectos negativos que esta postura patrimonialista tiene en los niños.

En este tenor, al intervenir con personas que sufrieron abuso sexual en la infancia, es necesario reconocer que no sólo fueron víctimas en el ámbito sexual, sino que hubo un abuso de poder. Dados los efectos traumáticos del abuso, independientemente de la edad de la víctima, se vuelve crucial evitar su re-victimización durante la entrevista y el proceso terapéutico (Beristain, 2011, Latorre, 2012; White, 2002b).

#### *Atención terciaria*

Debido a que no todos los niños que sufren abuso lo denuncian, ya sea por el *secreto* o porque sus cuidadores no creyeron en él, muchas de las personas que acuden a solicitar terapia se encuentran ya en un nivel de prevención terciaria, esto es, lo que se previene es la continuación de los efectos negativos que el abuso ha tenido en sus vidas. En este nivel de intervención, lo que se busca es reparar los daños y perturbaciones en la vida de los consultantes, por lo que el énfasis se coloca no en los efectos que sufrieron en el corto plazo, sino en aquellos que han afectado en los dos años posteriores al abuso, pero sobre todo, en aquellos que le afectan actualmente y que sirven como antecedente a la solicitud de psicoterapia.

En este nivel de atención resulta indispensable que el terapeuta no sólo esté familiarizado con el abuso y sus efectos, sino que esté informado de los estereotipos y prejuicios presentes en la cultura, para que en todo momento sea capaz de vigilar su propia labor a fin de evitar profundizar los mecanismos de estigmatización y de exclusión social que, por la cultura, podrían presentarse en su discurso.

### ***Alcances y limitaciones del grupo narrativo***

El modelo aquí propuesto no puede ser llevado a cabo ni en cualquier circunstancia ni por cualquier terapeuta. Por lo que se encuentra limitado a poblaciones alfabetas y con personas capaces de reflexionar sobre sí mismas, que no presenten problemas psicóticos ni rasgos narcisistas. El grupo debe ser conducido por psicoterapeutas que conozcan el estilo de trabajo tanto del modelo narrativo como de grupos, es decir, el terapeuta debe ser capaz de integrar ambos modelos respetando las técnicas y estructura de grupo, a fin de alcanzar los objetivos terapéuticos y conducir correctamente al grupo. Por otro lado, este grupo está diseñado para poder ser llevado a cabo tanto en instituciones como en la práctica privada, por lo cual tiene amplias posibilidades de aplicación en diferentes contextos institucionales.

La propuesta de intervención grupal con modelo narrativo se centra en “los efectos a largo plazo” (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000) del abuso, y considera como modelo de la sintomatología el modelo traumatogénico o de secularización traumática antes que el de estrés postraumático, puesto que permite explicar y comprender mejor el abuso y sus efectos como una experiencia antes que como una patología. Si bien el modelo narrativo evita contemplar a la persona desde una perspectiva patológica, este enfoque no niega la presencia de los síntomas ni la necesidad de su tratamiento; antes bien, prefiere emplear la metáfora de la externalización no como negación sino como técnica que permite modificar la relación de la persona con los síntomas o conflictos que le aquejan (White, 2000, 2002a); en este aspecto, el modelo traumatogénico, en tanto expresa los efectos del abuso como secuelas de una experiencia traumática, favorece la cosificación de estas secuelas o síntomas en su forma específica, como derivados del trauma y no como inherentes a la persona.

El grupo narrativo propuesto es una estrategia de intervención novedosa que puede resultar eficaz en el tratamiento de las secuelas del abuso sexual en la infancia, especialmente en el caso de personas cuya estigmatización (identidad deteriorada) ha incidido en prácticas autodestructivas o de revictimización. Cada una de las sesiones por sí mismas permite comenzar a construir una imagen integral y no culpabilizante de sí mismos, y favorece el aprendizaje interpersonal de los recursos y las respuestas de resistencia y oposición a la victimización, promueve las relaciones interpersonales constructivas y la distinción entre las

formas asertivas de comunicación y las difusas. Los beneficios de la terapia de grupo, debido a los factores terapéuticos exclusivos de esta modalidad de intervención, prometen ampliar los beneficios que provee la terapia narrativa, y consolidarlos en mayor medida debido a que este dispositivo provee un contexto de validación y legitimación social a las transformaciones de cada uno de sus participantes.

De cualquier manera, es necesario señalar que el grupo propuesto es un híbrido entre la terapia grupal y la narrativa; probablemente, para realizar un grupo “más narrativo”, o más acorde con su perspectiva epistémica, debería considerarse que el grupo: debería ser un grupo abierto de duración ilimitada que permitiera a quienes se encuentran en la fase de terminación fungir como “consultores expertos”; no deberían incluirse criterios de exclusión por edad, es decir, deberían poder pertenecer personas desde 21 años en adelante; el grupo debería ser mixto, y la duración de las sesiones dependería del trabajo de los participantes, sin un límite fijo de horario de término; cada participante determinaría su conclusión por lo que los miembros del grupo se “darían de alta” y el terapeuta prepararía su ceremonia de definición, como en la terapia narrativa individual. Estos son algunos aspectos que deberían observarse en la creación de un grupo narrativo que tuviera el espacio y los recursos para realizarse de esta manera.

Evidentemente, la propuesta aquí presentada, en tanto amalgama, comprende la conjunción de dos epistemologías que en primera instancia parecen opuestas, por un lado el modelo narrativo y por el otro el modelo de grupo. Pese a sus diferencias, ambos comparten el objetivo de favorecer un proceso psicoterapéutico que permita a los consultantes el superar los conflictos que les han llevado a la terapia, y sobre todo, ambos modelos privilegian el espacio social como espacio de transición de una fase de conflicto a una libre de conflicto. Tanto el modelo narrativo como el grupal ven en la terapia un ambiente micro-social que permite re-crear la identidad y “ensayar” las acciones individuales que habrán de llevarse a cabo en la vida cotidiana.

Al conjugar la teoría de grupos con el modelo narrativo posmoderno destaca el hecho de que los grupos terapéuticos son esencialmente narrativos, aunque tales narraciones han sido típicamente abordadas desde otros modelos, por lo que el dispositivo grupal, en sí mismo, no

es contrario al trabajo narrativo, antes bien, la diferencia esencial radica en la posición del terapeuta como conductor del grupo, en su posición como líder y en las técnicas que habrá de aplicar; eso es, el terapeuta es quien conduce al grupo, pero en el trabajo narrativo no lo hará desde una posición de poder, sino en una posición horizontal de conductor calificado, no de juez o autoridad en la vida de los participantes, a la vez que las técnicas se orientan al trabajo narrativo de re-creación de la identidad antes que al *insight*.

Por otro lado, si bien los trabajos del modelo narrativo son desestructurados, la estructura de la teoría de grupos le aporta a este tipo de trabajos una orientación a objetivos que favorece la prevención del “*burn out*” del terapeuta (White, 2002a), pues le proporciona un mapa de trabajo con objetivos concretos a alcanzar, que favorece tanto el proceso terapéutico como la búsqueda de nuevos significados, integrando más voces y no solo la del terapeuta a fin de dar validez a las nuevas identidades. Además, esta estructura es lo suficientemente flexible para permitir la creatividad y para dar movilidad al terapeuta, de seguir el foco de grupo sin desgastarse en la búsqueda de cumplir objetivos individuales, pues estos se presentarán como parte del proceso de grupo: el terapeuta no se desgastaría ya en alentar a los consultantes a buscar nuevas acciones, pues la presión del grupo sirve para este fin.

Finalmente, el grupo propuesto en este trabajo es un esfuerzo para brindar alternativas de intervención terapéutica para aquellos que no tuvieron la opción de ser atendidos oportunamente. El mayor desafío en este momento es, sobre todo, ayudar a la prevención de este delito, sin sobredimensionarlo, exigir estadísticas confiables y vigilancia por parte de las instituciones del Estado para que diseñen políticas públicas de prevención primaria y secundaria.

## Conclusiones

Al abordar el abuso sexual infantil se presentan múltiples problemas derivados de la disparidad entre las definiciones sociales, jurídicas y psicológicas que al respecto se hacen. Es un tema al parecer inagotable, desafortunadamente la abundancia de información disponible (especialmente en los medios de comunicación) es en muchas ocasiones descuidada, y sirve para profundizar la estigmatización social y, posiblemente, la reproducción de estas prácticas. Es fundamental que los profesionales de la salud mental tengan una visión integral de este fenómeno, por lo que, pese a las diferencias entre teorías y modelos, es necesario reconocer que se trata de un hecho complejo, socialmente reproducido y en muchas ocasiones legitimado, y que desde el consultorio debe ser tratado con una gran responsabilidad ética, respaldada en el conocimiento experto tanto como en los valores en derechos humanos.

Por ello es responsabilidad del terapeuta, también, reconocer que la definición del abuso y la delimitación de sus efectos dependen en buena medida de la orientación terapéutica y teórica tanto de los autores como de los investigadores y psicoterapeutas, y que no se trata de reconocer la “veracidad” de cada modelo, sino de responsabilizarse por la conducta en la psicoterapia, es decir, que no es admisible re-victimizar a quien se acerca a solicitar apoyo psicológico “por el modelo de intervención terapéutica”, antes bien, es necesario atender, en todo momento, los discursos y necesidades del consultante, que es quien está sufriendo los efectos de un evento violento.

Asimismo, aunque no debe abordarse el abuso de manera caricaturizada o simplista, resulta desfavorable asumir el abuso como un problema de difícil solución, pues es un hecho complejo y de tratamiento complicado y prolongado en ocasiones, pero no es insoluble, ni mucho menos un conflicto que deba perpetuarse en la terapia; antes bien, una mirada crítica a los efectos del abuso ayudará a enfrentarlos, por lo que el terapeuta debe guiar al consultante en esta labor, bajo la noción de que tales efectos pueden ser limitados, controlados y/o resueltos.

En respuesta a las preguntas de investigación:

- ▶ Las ventajas que puede aportar la dinámica de grupos a la terapia narrativa son la validación y legitimación a los procesos de cambio del relato y el estado de identidad. Al ser un espacio social conformado por más de dos individuos, el grupo aporta los mecanismos de legitimación y validación social que se presentan en los espacios sociales más amplios, con la diferencia de que en este grupo se liberan las tensiones inherentes a la lucha entre la identidad social virtual y la identidad social real, pues el estigma en este espacio, el símbolo desacreditable, desaparece ante la homogeneidad de la experiencia del grupo; el individuo puede elegir una identidad social virtual y preferida, que sea además su identidad social real, pues los miembros de grupo se validan como personas dignas de aceptación, y por ello, no desacreditables.

El aprendizaje de los logros aislados de los demás participantes puede permitir e impulsar el discernimiento de los logros aislados personales, por lo cual en la medida en que un miembro del grupo descubra e historicice sus logros aislados, los demás pueden comenzar también a narrar nuevas historias, alternativas, sobre sí mismos, sobre sus creencias y compromisos. Además, el apoyo mutuo sobre estos aprendizajes puede servir para afianzar y dar mayor valía a las respuestas frente al abuso, presentes implícitamente en los relatos de los participantes.

El doble rol de los miembros del grupo, como participantes y como testigos externos favorece la re-integración social, que constituye uno de los objetivos del proceso terapéutico narrativo, debido a que los miembros, en tanto grupo reflexivo, impulsan la ampliación de las construcciones de sentido sobre las acciones individuales, y en tanto testigos externos, validan los esfuerzos personales para la adopción de acciones orientadas a la consecución de fines adecuados a los compromisos y valores personales, legitiman la identidad re-creada de los participantes y guían los esfuerzos de la agencia personal, pues el grupo en sí mismo ejerce una presión para fomentar el cambio, en la medida en que los participantes esperan cumplir las expectativas de grupo.



- ▶ Los beneficios de la elaboración de narrativas grupales para el tratamiento del abuso sexual son el apoyo, la universalidad y la disminución del sentimiento de aislamiento, que inciden a su vez en el desmantelamiento del estigma. También, el conocimiento de las respuestas de los participantes del grupo, sus compromisos y cambios, infunden esperanza, con lo cual se fortalece el mensaje implícito en la terapia de que los efectos del abuso no son inevitables, por lo que además de enfatizar la agencia personal se delimita un nuevo significado en torno a la experiencia del abuso: no es una condena vitalicia, es posible vivir sin su yugo.

A su vez, debido a que cada participante integra dentro de sí múltiples discursos (el de la familia de procedencia, las personas que han sido significativas en su vida, las instituciones en que participa, entre otras) cada voz de los miembros del grupo aporta una mayor riqueza al discurso del contexto terapéutico del que podrían aportar sólo dos participantes –consultante y terapeuta–, además de que permite vislumbrar los discursos presentes en los ámbitos institucionales en que se desenvuelven los participantes y, sobre todo, la cultura que otorga las prescripciones que al inicio de la terapia fueron opresivas, excluyentes y dominantes en la identidad de los miembros del grupo.

Las historias de los participantes incluirán a su vez las historias del grupo, las visiones de los otros participantes, los aprendizajes sobre sí mismos alcanzados a través del aprendizaje acerca del otro, por lo que la narrativas multi-historiadas desarrolladas en la terapia se validan y legitiman socialmente por medio de los testigos externos que son a la vez apoyo y motivación.

- ▶ Los factores terapéuticos que pueden establecerse mediante las prácticas narrativas en grupo y que se añaden a los factores terapéuticos grupales, son la visión multi-historiada del relato, que favorece la flexibilidad ante los discursos y el aprendizaje de la identificación de excepciones en los relatos. Ambas características no sólo resultan de utilidad para los participantes en un sentido de proceso terapéutico, sino que adicionalmente otorgan dos formas de atender los discursos en su vida cotidiana, de modo que sean capaces de identificar tanto en sí mismos como en las personas con quienes interactúan, las diversas posibilidades de sentido atribuibles a las acciones, y la

identificación de excepciones para solucionar y afrontar conflictos venideros. El terapeuta y el grupo pueden fomentar la generación de otros panoramas de acción preferidos derivados de los “logros aislados” (White, 2004) descritos por los participantes a lo largo del proceso terapéutico.

- ▶ Las estrategias y técnicas para llevar a cabo una terapia narrativa grupal exitosa deben considerar la descentralización del terapeuta, el enseñar a los participantes a no “esencializar” ni a sí mismos ni a las personas con quienes se relacionan, es decir, que aprendan a separar entre las conductas (hacer) y la identidad (ser), propias y de los demás. El terapeuta debe ser consciente de sus limitaciones, por lo que en caso de ser necesario debe ajustar sus acciones a fin de que las actividades del grupo no sobrepasen sus capacidades, asimismo, pese a ser flexible y transparente, debe saber cuándo debe eliminar a un participante, en caso de que sea necesario, por el beneficio del grupo, por lo que las técnicas de elección de participantes (o de eliminación de participantes) preferentemente habrían de seguirse según las técnicas tradicionales de grupo, pues es necesario privilegiar el trabajo grupal antes que los gustos teóricos del terapeuta.

Finalmente, el modelo narrativo es un modelo eficaz en el tratamiento de los problemas derivados del abuso sexual en la infancia, es una intervención que facilita el no re-victimizar a las personas y el asistirles en la superación de los efectos negativos derivados de la experiencia del abuso. Por su parte, la terapia grupal puede potenciar la posibilidad de realizar relatos alternativos enriquecidos e identidades preferidas, pues a las voces del terapeuta y el consultante se suman las de los demás miembros, quienes a su vez pueden aprender entre sí, mejorar sus habilidades sociales para relacionarse interpersonalmente y descubrir que es posible establecer relaciones positivas de apoyo y confianza.

El trabajo grupal en donde los miembros son a un tiempo consultante, testigos externos y equipo reflexivo, enfatiza su preponderancia en el proceso terapéutico, su capacidad de ser expertos en su vida y la de ayudar a otros que atraviesan por conflictos similares, al mismo tiempo que los re-incorpora en el ámbito social y da validación y legitimidad tanto a su proceso de elaboración como a los conocimientos –adquiridos y rescatados– sobre sí mismos.



## Referencias

- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*, Barcelona: Gedisa.
- Andrade, A. (1998) *La sociología en México*. México: FCPyS-UNAM.
- Antonio, J. (2005) *Niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual*, Colombia: Consejo superior de la Judicatura. Escuela Judicial “Rodrigo Lara Bonilla”.
- Arruabarrena, M. y De Paul, J. (1999) *Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento*, Madrid: Pirámide.
- Arteaga, J. & Fernández, J. (2010). “El método clínico y el método científico”, en *MediSur*, 8(5), 12-20, Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020098003>
- Bacigalupe, G. (2003) “La terapia colaborativa como una práctica intercultural y poscolonial”, en *Psicoterapia y familia*, 16(2), México: Asociación mexicana de terapia familiar A.C., pp. 25-37
- Batres, G. (1998) *Tratamiento grupal: Adultas y adolescentes sobrevivientes de incesto y abuso sexual. Manual para terapeutas*, Costa Rica: Eidos.
- Behan, C. (1999) “Linking lives around shared themes: Narrative group therapy with gay men”, en *Gecko*, 2, 18-34.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1997) *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires: Amorrortu, Col. Biblioteca de Sociología.
- Beristain, C. (2011). “Víctimas, sobrevivientes, resistentes”, en *Manual sobre la perspectiva psicosocial en la investigación de Derechos Humanos*. México: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, pp. 35-52.
- Bernstein, D. y Nietzel, M. (1988) *Introducción a la psicología clínica*, México: McGraw Hill.
- Berthelot, J. (2003) *La construcción de la sociología*, Buenos Aires: Nueva visión.
- Beyebach, M. (1999) “Introducción a la terapia breve centrada en soluciones”, en Navarro, A., Fuertes, A. y Ugidos, T. (1999) *Intervención y prevención en salud mental*, Salamanca: Amarú.
- Bourdieu, P. (2002) *La distinción: criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus
- Briones, G. (1995). *Métodos y Técnicas de Investigación para las Ciencias Sociales*, México: Trillas.
- Bustamante, J., Jorquera, F. & Smith, M. (2010) “Terapia narrativa: modelos de intervención en abuso sexual”, en *Cuadernos de Postgrado en Psicología UV*, (2), Recuperado de [http://www.academia.edu/418815/Terapia Narrativa Modelos de Intervenci%C3%B3n en Abuso Sexual](http://www.academia.edu/418815/Terapia_Narrativa_Modelos_de_Intervenci%C3%B3n_en_Abuso_Sexual)
- Cade, B. y O’Hanlon, W. (1995) *Guía breve de terapia breve*, España: Paidós.

- Cabrera, E. (2011) "Concepciones bioéticas de la cultura occidental sobre la autonomía de niños y niñas", en *Revista Colombiana de Bioética*, 6(2), 45-61, Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189222558004>
- Calvi, B. (2005) *Abuso sexual en la infancia. Efectos psíquicos*, Argentina: Lugar editorial.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2014) *Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes*, DOF, 02 de abril de 2014; Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/185.pdf>
- Campillo, M. (2007) "El uso de la metáfora y la terapia de juego en la conversación externalizante con el modelo narrativo, en *Revista procesos psicológicos y sociales*, 3(1-2), 1-27.
- Cantón, J. y Cortés, M. (2000) *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*, Madrid: Pirámide.
- Cantón, D. y Justicia, F. (2008) "Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo", en *Psicothema*, 20(4) pp. 509-515
- Carey, M., & Russell, S. (2003) "Re-authoring: Some answers to commonly asked questions", en *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, (3), 60-71.
- Carey, M., Walther, S. & Russell, S. (2009) "The absent but Implicit: A Map to Support Therapeutic Enquiry", en *Family Process*, 48(3), 319-331, Recuperado de <http://www.theinstituteofnarrativetherapy.com/family%20process%20abi.pdf>
- Carmona, M. (2011) *Incidencia de la Convención sobre los derechos del Niño en la precisión del ius cogens internacional*, Washington: Academia de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario de la American University.
- Casado, J., Díaz, J. y Martínez, C. (1997) *Niños maltratados*, Madrid: Díaz de Santos.
- Castillo, I., Ledo, H. & Calzada, Y. (2012) "Técnicas narrativas: un enfoque psicoterapéutico", en *Norte de salud mental*, 10(42), 59-66.
- Código Penal federal**, Recuperado de <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/tcfed/8.htm?s>
- Chas, M., Diz, M., Fernández, A. & Rivero, M. (2000) "Diferencias sexuales en las víctimas de abuso", en *V Congreso Gallego-Portugués de psicopedagogía, Actas*, 6(4), 64-75, Recuperado de [http://ruc.udc.es/bitstream/2183/6778/1/RGP\\_6-12.pdf](http://ruc.udc.es/bitstream/2183/6778/1/RGP_6-12.pdf)
- Convención De Belém Do Pará (1994), Recuperado de <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- De Shazer, S. (1992) *Claves en psicoterapia breve*, Barcelona: Gedisa.
- \_\_\_\_\_ (1991) *Claves para la solución en terapia breve*, Barcelona: Paidós.
- Deza, S. (2005). "Factores protectores en la prevención del abuso sexual infantil", en *Liberabit. Revista de Psicología*, 2005(10-11), 19-24. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68601103>
- Díaz, I. (2000) *Bases de la terapia de grupo*, México: Pax.

- Dunne, P. (2003) "Narradrama: A narrative action approach with groups", en Wiener, D. y Oxford, L. (2003) **Action therapy with families and groups: Using creative arts improvisation in clinical practice**, Estados Unidos: American Psychological Association, pp. 229-266.
- Durrant, M. y White, Ch. (Comps.) (1993) **Terapia del abuso sexual**, España: Gedisa.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2006) "Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia", en **Cuadernos de medicina forense**, 12(43-44), 75-82, Disponible en <http://www.cuadernosdemedicinaforense.es/>
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000) **Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico**, Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I. & Corral, P. (2013) "Tratamiento psicológico de mujeres agredidas sexualmente", en **Behavioral Psychology/Psicología Conductual**, 21(2), 249-269, Recuperado de <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/Psicolog%C3%ADa%20Conductual.pdf>
- Eguiluz, R. (Comp.)(2010) **Qué podemos hacer para evitar el suicidio**, México: Pax.
- Epston, D. (1994) **Obras escogidas**, México: Gedisa.
- Epston, D., White, M. y Murray, K. (1996) "Una propuesta para re-escribir la terapia. Rose: La revisión de su vida y un comentario", en Gergen, K. y McNamee, S. (1996) ) **La terapia como construcción social**, España: Paidós, pp. 121-144.
- Fernández I. (2005), **Construcción de escala aditiva tipo Likert**. España, Recuperado de [http://www.mtas.es.insht/ntp/nto\\_015.htm](http://www.mtas.es.insht/ntp/nto_015.htm).
- Fisch, R. Weakland, J.H. y Segal, L. (1994) **La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia**, Barcelona: Herder.
- Garay, V. (2004) "Algunos Factores de Riesgo en la Salud Mental de la Mujer Rural Temporera y su abordaje desde la Terapia Grupal", en **Revista de Psicología de la Universidad de Chile**, 13(1), 103-113, Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26413108>
- García, F. & Mardones, R. (2010) "Prevención de trastorno de estrés postraumático en supervivientes del terremoto de Chile de febrero de 2010: una propuesta de intervención narrativa", en **Terapia Psicológica**, 28(1), 85-93, Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v28n1/art08.pdf>
- Garduño, R. Méndez, E. (2014, octubre 24) "Niñas, niños y adolescentes, sin derechos sexuales y reproductivos", **La Jornada.**, p. 10, Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2014/10/24/politica/010n1pol>
- Geertz, C. (2005) **La interpretación de las culturas**, España: Gedisa.
- Gergen, K. (2006) **Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia**, España: Paidós.
- Gergen, K. y McNamee, S. (Comps.) (1996) **La terapia como construcción social**, España: Paidós.

- Gergen, K. y Warhus, L. (2001) *La terapia como una construcción social: Dimensiones, deliberaciones y divergencias*, Manuscrito. Recuperado de [http://www.swarthmore.edu/Documents/faculty/gergen/LA\\_TERAPIA.pdf](http://www.swarthmore.edu/Documents/faculty/gergen/LA_TERAPIA.pdf)
- Giménez, G. (2004) "Pluralidad y unidad de las ciencias sociales", en *Revista Omnia*, 20, 249-261.
- Goffman, E. (2001). *La presentación de la persona en la Vida Cotidiana*. México: Amorrortu Editores.
- \_\_\_\_\_ (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. México: Amorrortu.
- González, J. (1999) *Psicoterapia de grupos. Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas*, México: Manual Moderno.
- González, A., López, M., Pazarán, O. y Sánchez-Escárcega, J. (2004) "Criterios iniciales de evaluación del modelo AMPAG", en Campuzano, M. y Bello, M. (2004) *La psicoterapia de grupo en las instituciones. Psicoanálisis y Psicodrama: alternativas complementarias*, México: AMPAG-Plaza y Valdés-Escuela Mexicana de Psicodrama y Sociometría, pp. 153-170.
- Guimón, J. (2003) *Manual de terapias de grupo. Tipos, modelos y Programas*, España: Biblioteca Nueva.
- Habigzang, F., et. al., (2009) "Grupoterapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes víctimas de abuso sexual", en *Revista Saúde Pública*, 43 (Supl. 1, 2009), 70-80, Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/759.pdf>
- Haley, J. (2008) *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*, Argentina: Amorrortu, 2ª edición
- Hernández, R. (2014, agosto 4) "Aumenta el abuso sexual a menores", *El Universal*, p.1, Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/primera-plana/2014/impreso/violacin-infantil-el-delito-8220invisible-8221-46310.html>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010), *Metodología de la Investigación*, México: McGraw Hill.
- Herrera P. V. (1997) *El Trabajo del Psicólogo dentro de la PGJEM en Atención y Prevención al abuso Sexual Infantil*, México: FES-Iztacala, UNAM.
- Hornstein, L. (2006) *Las depresiones: afectos y humores del vivir*, España: Paidós.
- INEGI (2014) *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2014 (ENVIPE)*, Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/tabdirecto.aspx?c=33685&s=est>
- Intebi, I. (2000) *Abuso sexual infantil. En las mejores familias*, Buenos Aires: Granica.
- Ito, M. y Vargas, N. (2005) *Investigación cualitativa para psicólogos: de la idea al reporte*, México: UNAM-M. A. Porrúa.



- Käes, R. (1995) ***El grupo y el sujeto del grupo: Elementos para una teoría psicoanalítica del grupo***, Buenos Aires: Amorrortu.
- Klein, R. (1996) "Terapia breve de grupo", en Kaplan, H. y Sadock, B. (1998) ***Terapia de grupo***, España: Panamericana, pp. 281-296, 3ª edición.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. y Lozano, R. (2003) ***Informe mundial sobre la violencia y la salud***, Estados Unidos: Organización Panamericana de la salud.
- Lanza, G. (2006) "El trabajo de escritura entre sesiones en la psicoterapia psicoanalítica", en ***Subjetividad y procesos cognitivos***, 2006(9), 155-176, Recuperado de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/173>
- Latorre, I. (2012) "Enriqueciendo la historia del trauma: Metodología para la entrevista del evento", en ***Explorations, e-journal of narrative practice***, 1(1-13), 25-40, Recuperado de <http://www.dulwichcentre.com.au/explorations-2012-1-italo-latorre-gentoso.pdf>
- Llanos, M. & Sinclair, A. (2001) "Terapia de reparación en víctimas de abuso sexual. Aspectos fundamentales", en ***Psykhé***, 10(2), 53-70, Recuperado de <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/373>
- Llanos, R. (2004) "Psicoterapia de Grupos", en Oblitas, L. (2004) ***Cómo hacer psicoterapia exitosa. Los 22 enfoques más importantes en la práctica psicoterapéutica contemporánea y de vanguardia***, México: Psicom editores. pp. 412-440.
- Lubin, H. y Johnson, D. (2003) "Use of ceremony in multiple family therapy for psychological trauma", en Wiener, D. y Oxford, L. (2003) ***Action therapy with families and groups: Using creative arts improvisation in clinical practice***, Estados Unidos: American Psychological Association, pp. 75-102.
- Madanes, C. (2007) ***Terapia familiar estratégica***, Argentina: Amorrortu.
- Martínez, J. (1993) ***Terapia de grupo en abuso sexual infantil***, Chile (s/d) Recuperado de [http://www.intervencionencrisis.cl/pdf/est\\_inv/maltra/mi\\_martinez.pdf](http://www.intervencionencrisis.cl/pdf/est_inv/maltra/mi_martinez.pdf)
- Martínez, J. (2000) "Prevención del abuso sexual infantil. Análisis de los programas educativos", en ***Psykhé***, 9(2), 63-74, Recuperado de <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/443/422>
- Mead, G.H. (1972) ***Espíritu, persona y sociedad: desde el punto de vista del conductismo social***, Buenos Aires: Paidós.
- Ministerio de Salud de Chile y UNICEF (2011) ***Guía clínica. Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual***, Santiago: Andros, Recuperado de <http://unicef.cl/web/guia-clinica-atencion-de-ninos-ninas-y-adolescentes-menores-de-15-anos-victimas-de-abuso-sexual/>
- Minuchin, S. (2004) ***Familias y terapia familiar***, México: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (2004) ***Técnicas de terapia familiar***, Argentina: Paidós, Col. Paidós Terapia Familiar.

- Montenegro, M. (2012) *El devenir histórico de los discursos del saber y poder acerca del abuso sexual de niños: Los dispositivos utilizados por la familia, la escuela, la iglesia, el derecho y el campo de la salud, para su establecimiento y regulación*, México: INACIPE.
- Morgan, A. (2000) *What is narrative therapy? An easy to read introduction*, Adelaida: Dulwich Centre Publications.
- Naciones Unidas (2002) *Estudio de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños*, Recuperado de <http://www.unviolencestudy.org>
- Nieto, O. (2008) "Grupos de Pares de Reflexión y Ayuda Mutua: Modelo Emergente para la Intervención Comunitaria", en *Psicología iberoamericana*, 16(1), 36-43.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS) (2006) *Violencia contra los niños puede y debe prevenirse*, Recuperado de <http://www.who.int/entity/mediacentre/news/releases/2006/pr57/es/>
- 
- (Maltrato Infantil) *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, Recuperado de [http://www.who.int/ins/bitstream/10665/112670/1/9275315884\\_spa.pdf](http://www.who.int/ins/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2013) *Maltrato infantil y abuso sexual en la niñez*, Recuperado de <http://www.unfpa.org/ni/wp-content/uploads/2013/12/Abuso-Sexual-concepto.pdf>
- Ortiz, Y. (2006) *Estrategias de intervención utilizadas en víctimas de maltrato infantil*, México: FES-Iztacala, UNAM.
- Payne, M. (2002) *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*, España: Paidós.
- Peña, R. (2008) *El uso del cine como un complemento en la psicoterapia grupal: Trabajo con grupo operativo con personas con desilusión amorosa*, México: FES-Zaragoza, UNAM.
- Pérez, A. & Fernández, H. (2002) "Terapia cognitiva de grupo", en *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 13(50), 267-272, Recuperado de <http://www.editorialpolemos.com.ar/vertex50.php>
- Perrone, R. y Nannini, M. (2000). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Buenos Aires: Paidós.
- Phares, J. y Trull, T. (2003) *Psicología clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*, México: Thomson, Col. Ciencias sociales.
- Procuraduría General de la República (2014) *Segundo Informe de Labores. 2013-2014*, Recuperado de <http://www.pgr.gob.mx/temas%20relevantes/Informes%20Institucionales/informes%20institucionales.asp>
- Quintero, Y. & Andrade, P. (2012) "Evaluación de un programa de intervención terapéutica en mujeres que han vivido abuso sexual infantil", en *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 14(1), 49-71.

- Ravazzola, M. (1997), *Historias infames: los maltratos en las relaciones*, Argentina: Paidós.
- Saldanha, M. & Cunha, P. (2004).” Descrição de um processo terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual”. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 53-61. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26190107>
- Sánchez, L. & Cénide, M. (2007) “Violencia familiar: un secreto a voces. Complejidad e intervención”, en *Trabajo Social*, 9, 57-74, Recuperado de <http://www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4397585.pdf>
- Santana, L. & Machín, R. (2005) El sufrimiento del adulto abusado sexualmente en la infancia. Una aproximación clínica, en *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 8(4), 679-693, Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017491007>
- Sbandi, P. (1980) *Psicología de grupos. Introducción a la realidad de la dinámica de grupos desde el punto de vista de la psicología social*, Barcelona: Herder.
- SEGOB (2012) *Diario Oficial de la Federación*, 14 de Junio de 2012, Primera sección: 36-37, México. Recuperado de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpf/CPF\\_ref113\\_14jun12.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpf/CPF_ref113_14jun12.pdf)
- Secretaría de Salud (2010) *Boletín Epidemiología*, 27(20), del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica: 16 a 22 de mayo de 2010.
- Serrano, M. (2010) “Abuso sexual infantil: Un rostro que nadie quisiera ver y menos vivir”, en *Actualizaciones en Psicoterapia integrativa*, 2, 120-141, Recuperado de [http://icpsi.cl/wp-content/uploads/2013/11/rev\\_acpi\\_2010.pdf](http://icpsi.cl/wp-content/uploads/2013/11/rev_acpi_2010.pdf)
- Serrano, X. (2004) “La psicoterapia corporal y la clínica postreichiana”, en Oblitas, L. (2004) *Cómo hacer psicoterapia exitosa, Los 22 enfoques más importantes en la práctica psicoterapéutica contemporánea y de vanguardia*, México: Psicom editores. pp. 290-334.
- Serratos, R. (1995) “Informe preliminar sobre algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia”, en *Boletín salud reproductiva y sociedad*, 2(6-7), 390-401, Recuperado de [http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S\\_01\\_28\\_Informe%20preliminar%20sobre%20algunos.pdf](http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S_01_28_Informe%20preliminar%20sobre%20algunos.pdf)
- Stupiggia, M. (2011) *El cuerpo violado: aproximación psicocorporal al trauma del abuso*, España: Cuatro vientos.
- Tarragona, M. (2013) “Psicología positiva y terapias constructivas: una propuesta integradora”, en *Terapia psicológica*, 31(1), 115-125
- Tizón, J. (2002) “Prevención e intervención en la salud mental de la primera infancia desde los dispositivos de Atención Primaria”, en *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 4(13), 81-106, Recuperado de [http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13759/prevencion\\_e\\_intervencion\\_salud\\_mental\\_primera\\_infancia.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13759/prevencion_e_intervencion_salud_mental_primera_infancia.pdf)

- Tomm, K. (1989) "Externalización del problema e internalización de la posición como agente", en White, M. (2004) *Guías para una terapia familiar sistémica*, España: Gedisa, 2ª reimpresión.
- Trujano, P. & Limón, G. (2010) "De la patología a la normalidad: Deco-construcción y empoderamiento", en *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 13(3), 20-45, Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/19306>
- UNICEF (s/f) Recuperado de [http://www.unicef.org/spanish/crc/index\\_30197.html](http://www.unicef.org/spanish/crc/index_30197.html)
- \_\_\_\_\_ (s/f, protocolos). Recuperado de [http://www.unicef.org/spanish/crc/index\\_protocols.html](http://www.unicef.org/spanish/crc/index_protocols.html)
- UNICEF México (2011) *Enseña sexualidad. Educación para promover los Derechos y la Salud sexual y reproductiva de niños, niñas y jóvenes con discapacidad auditiva*, Recuperado de [http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx\\_enSENA\\_SexualidadMH2.pdf](http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_enSENA_SexualidadMH2.pdf)
- Valdebenito, L. y Larraín, S. (2007) *El maltrato deja huella. Manual para la detección y orientación de la violencia intrafamiliar*, Chile: UNICEF-FOSIS. Recuperado de [www.programapuerto.cl](http://www.programapuerto.cl)
- Vallejo, A. & Córdoba, M. (2012) "Abuso sexual: tratamientos y atención ", en *Revista de Psicología*, 30(1), 19-46, Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/2626>
- Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996) *Guía breve de psicoterapia de grupo*, Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1985) *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*, Barcelona: Herder.
- White, M. y Epston, D. (1993) *Medios narrativos para fines terapéuticos*, Barcelona: Paidós.
- \_\_\_\_\_ (2005) "Consultar a los consultantes. Un medio de arribar a la co-construcción de conocimientos alternativos", en Friedman, S. (2005) *Terapia familiar con equipo de reflexión. Una práctica de colaboración*, Buenos Aires: Amorrortu, pp. 347-388.
- White, M. (2000) *Reflections on narrative practice: Essays and interviews*, Adelaida: Dulwich Centre Publications.
- \_\_\_\_\_ (2002a) *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*, España: Gedisa.
- \_\_\_\_\_ (2002b) *Re-escribir la vida: entrevistas y ensayos*, Barcelona: Gedisa.
- \_\_\_\_\_ (2004) *Guías para una terapia familiar sistémica*, España: Gedisa, 2ª reimpresión.
- \_\_\_\_\_ (2006) "Conversaciones de andamiaje" [Fragmentos de cursos, talleres y conferencias] Recuperado de <http://www.dulwichcentre.com.au/spanish-narrative-therapy-resources.html>

- Yalom, I. (1986) ***Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo***, México: Fondo de Cultura Económica.
- Yuen, A. (2009) "Less pain more gain: Explorations of responses versus effects when working with the consequences of trauma", en ***Explorations***, 1, 6-16.
- Zlachevsky, A. (2012) "Constructividad y razón narrativa: bases para un operar en terapia narrativa", en ***Revista de psicología***, 21(2), 237-259.



# **ANEXOS**





## Fichas técnicas de las pruebas

### INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD DE BECK

<b>Nombre:</b>	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
<b>Autores:</b>	Aaron T. Beck, Norman Epstein, Gary Brown y Robert A. Steer
<b>Año:</b>	1988
<b>Tipo de instrumento:</b>	Inventario de autoinforme.
<b>Objetivos:</b>	Valorar la presencia de síntomas de ansiedad y su gravedad, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y estadístico de la APA.
<b>Población:</b>	Adolescentes mayores de 13 años, adultos y ancianos.
<b>Número de ítems:</b>	21
<b>Tiempo de administración:</b>	5 a 15 minutos.
<b>Tipos de administración:</b>	Individual, colectiva. Autoadministrable con lápiz y protocolo de registro, o por medio de entrevista.
<b>Normas de aplicación:</b>	Cada <i>ítem</i> recoge un síntoma de ansiedad y para cada uno de ellos la persona evaluada debe indicar el grado en que se ha visto afectado por el mismo durante la última semana utilizando para ello una escala tipo Likert de cuatro puntos: 0 (Nada en absoluto), 1 (Levemente, no me molestó mucho), 2 (Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo), ó 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo).
<b>Ámbitos de aplicación:</b>	Clínico, forense e investigación aplicada.
<b>Momento de aplicación:</b>	Puede aplicarse durante la exploración inicial, el curso o la finalización de un tratamiento, y posterior al proceso a modo de seguimiento.

## INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN DE BECK.

<b>Nombre:</b>	Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)
<b>Autores:</b>	Aaron T. Beck, Gary Brown y Robert A. Steer
<b>Año:</b>	1988
<b>Tipo de instrumento:</b>	Inventario de autoinforme.
<b>Objetivos:</b>	Valorar la presencia de síntomas de depresión y su gravedad, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y estadístico de la APA en su cuarta edición.
<b>Población:</b>	Adolescentes mayores de 13 años, adultos y ancianos.
<b>Número de ítems:</b>	21
<b>Tiempo de administración:</b>	5 a 15 minutos.
<b>Tipos de administración:</b>	Individual, colectiva. Autoadministrable con lápiz y protocolo de registro, o por medio de entrevista.
<b>Normas de aplicación:</b>	Cada ítem recoge un síntoma de ansiedad y para cada uno de ellos la persona evaluada debe indicar el grado en que se ha visto afectado por el mismo durante la última semana utilizando para ello una escala tipo Likert de cuatro puntos: 0 (Nada en absoluto), 1 (Levemente, no me molestó mucho), 2 (Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo), ó 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo).
<b>Ámbitos de aplicación:</b>	Clínico, forense, e investigación aplicada.
<b>Momento de aplicación:</b>	Puede aplicarse durante la exploración inicial, el curso o la finalización de un tratamiento, y posterior al proceso a modo de seguimiento.

## ESCALA DE EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DEL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA

<b>Nombre:</b>	Escala de Evaluación de los Efectos del Abuso Sexual Infantil (EEASI)
<b>Autora:</b>	Laura Huerta Muñoz
<b>Año:</b>	2014
<b>Tipo de instrumento:</b>	Escala de percepción y actitudes.
<b>Objetivos:</b>	Conocer la presencia e intensidad de síntomas (percepción subjetiva de malestar) que típicamente son considerados como efectos a largo plazo de los traumas producidos por el abuso sexual en la infancia.
<b>Población:</b>	Personas mayores de 21 años de edad
<b>Número de Ítems:</b>	54
<b>Tiempo de administración:</b>	De 10 a 30 minutos.
<b>Tipos de administración:</b>	Individual, colectiva. Autoadministrable con lápiz y protocolo de registro, o por medio de entrevista.
<b>Normas de aplicación:</b>	Cada ítem recoge un síntoma que puede ser conductual, emocional, relacional o somático, y para cada uno de ellos la persona evaluada debe indicar si lo presenta o no, de acuerdo con una escala de puntuación del -2 al 2: "Ni en acuerdo ni en desacuerdo", 0; "Totalmente en desacuerdo", -2; "En desacuerdo", -1; "De acuerdo", 1; Totalmente de acuerdo", 2.
<b>Ámbitos de aplicación:</b>	Clínico y de investigación aplicada.
<b>Momento de aplicación:</b>	Puede aplicarse durante la exploración inicial, al finalizar el tratamiento, y posterior al proceso a modo de seguimiento.



## Cuento “Barba Azul”

*“La engañosa promesa del depredador es que la mujer se convertirá en reina de alguna manera, cuando de hecho se está planeando su asesinato”.*  
Clarissa Pínkola Estés

El cuento de “Barba Azul” como metáfora del depredador interiorizado.

La historia de Perrault, narra el matrimonio de una joven muchacha con un hombre que aunque rico, es malvado y frío; el hombre en cuestión se caracteriza por tener la barba azul, y por haber matado a todas sus esposas anteriores. Este cuento usualmente es asociado a la moraleja de los peligros de la curiosidad, pero incluso esta interpretación reafirma la legitimidad a los roles, la víctima se vuelve responsable y el agresor queda libre de culpa. Es decir, esta “moraleja” en donde la curiosidad pone en peligro la vida de la joven, deja de lado el hecho de que Barba Azul es un homicida, de que él es quien quiere asesinar y de que él fue quien, en primer lugar, le ofrece las llaves a la muchacha (como una especie de “seducción”).

La interpretación alternativa es diametralmente diferente:

Clarissa Pínkola Estés (2009), en su análisis desde la perspectiva arquetípica jungiana, propone que Barba Azul representa al depredador innato de la psique. Es una fuerza que hay que refrenar, y para hacerlo, se requieren: la perspicacia, la intuición, la resistencia, la capacidad de amar con tenacidad, de sanar intuitivamente y de cuidar su creatividad, la aguda percepción, la agudeza auditiva. Barba Azul es la figura psíquica que se opone a todo ello. Para desarrollar la conciencia, hay que buscar lo que se oculta detrás de lo directamente observable. Barba Azul es la tendencia de la psique que impide buscar detrás de lo visible, es la que prohíbe abrir la puerta. Cuando las mujeres abren las puertas de sus propias vidas y examinan (como en el cuento de Barba Azul, cuando su mujer descubre la habitación llena de cadáveres de mujeres) las carnicerías ocultas en aquellos recónditos lugares, suelen descubrir que han estado permitiendo la ejecución sumaria de sus sueños, objetivos y esperanzas más decisivos. Para resistir al depredador, se debe romper el secreto y revelar la verdad con voz clara.

Desde una perspectiva simbólica (que en tanto interpretación puede ser una de las muchas atribuciones de significado posibles), el cuento de Barba Azul narra la seducción a través del discurso y la demostración de poder, que sirven para engañar a una joven que, una vez descubre que lo que sucede en realidad es el horror, se siente obligada a mantener el secreto, el hallazgo conlleva una mancha que no es posible lavar ni ocultar del depredador, que está siempre atento para castigar el intento de la víctima por descubrir la verdad, la revelación del secreto conlleva al intento de aniquilación de la mujer; sin embargo, su resistencia y recursos (la solicitud de ayuda, la creatividad para posponer la muerte y la presencia de sus hermanos) culminan en la muerte del depredador, con lo cual la mujer se enriquece y logra mejorar sus condiciones de vida y las de su familia. La aniquilación del depredador introyectado, de los discursos violentos y abusivos interiorizados, permite el enriquecimiento de la vida, y el abandono del secreto permite que se revele el agresor, el perseguidor, tal cual es.

### ***Barba Azul. Cuento completo.***

Érase una vez un hombre que tenía hermosas casas en la ciudad y en el campo, vajilla de oro y plata, muebles forrados en finísimo brocado y carrozas todas doradas. Pero desgraciadamente, este hombre tenía la barba azul; esto le daba un aspecto tan feo y terrible que todas las mujeres y las jóvenes le arrancaban.

Una vecina suya, dama distinguida, tenía dos hijas hermosísimas. Él le pidió la mano de una de ellas, dejando a su elección cuál querría darle. Ninguna de las dos quería y se lo pasaban una a la otra, pues no podían resignarse a tener un marido con la barba azul. Pero lo que más les disgustaba era que ya se había casado varias veces y nadie sabía qué había pasado con esas mujeres.

Barba Azul, para conocerlas, las llevó con su madre y tres o cuatro de sus mejores amigas, y algunos jóvenes de la comarca, a una de sus casas de campo, donde permanecieron ocho días completos. El tiempo se les iba en paseos, cacerías, pesca, bailes, festines, meriendas y cenas; nadie dormía y se pasaban la noche entre bromas y diversiones. En fin, todo marchó tan bien que la menor de las jóvenes empezó a encontrar que el dueño de casa ya no tenía la barba tan azul y que era un hombre muy correcto.

Tan pronto hubieron llegado a la ciudad, quedó arreglada la boda. Al cabo de un mes, Barba Azul le dijo a su mujer que tenía que viajar a provincia por seis semanas a lo menos

debido a un negocio importante; le pidió que se divertiera en su ausencia, que hiciera venir a sus buenas amigas, que las llevara al campo si lo deseaban, que se diera gusto.

-He aquí -le dijo- las llaves de los dos guardamuebles, éstas son las de la vajilla de oro y plata que no se ocupa todos los días, aquí están las de los estuches donde guardo mis pedrerías, y ésta es la llave maestra de todos los aposentos. En cuanto a esta llavecita, es la del gabinete al fondo de la galería de mi departamento: abrid todo, id a todos lados, pero os prohíbo entrar a este pequeño gabinete, y os lo prohíbo de tal manera que si llegáis a abrirlo, todo lo podéis esperar de mi cólera.

Ella prometió cumplir exactamente con lo que se le acababa de ordenar; y él, luego de abrazarla, sube a su carruaje y emprende su viaje.

Las vecinas y las buenas amigas no se hicieron de rogar para ir donde la recién casada, tan impacientes estaban por ver todas las riquezas de su casa, no habiéndose atrevido a venir mientras el marido estaba presente a causa de su barba azul que les daba miedo.

De inmediato se ponen a recorrer las habitaciones, los gabinetes, los armarios de trajes, a cuál de todos los vestidos más hermosos y más ricos. Subieron en seguida a los guardamuebles, donde no se cansaban de admirar la cantidad y magnificencia de las tapicerías, de las camas, de los sofás, de los bargueños, de los veladores, de las mesas y de los espejos donde uno se miraba de la cabeza a los pies, y cuyos marcos, unos de cristal, los otros de plata o de plata recamada en oro, eran los más hermosos y magníficos que jamás se vieran. No cesaban de alabar y envidiar la felicidad de su amiga quien, sin embargo, no se divertía nada al ver tantas riquezas debido a la impaciencia que sentía por ir a abrir el gabinete del departamento de su marido.

Tan apremiante fue su curiosidad que, sin considerar que dejarlas solas era una falta de cortesía, bajó por una angosta escalera secreta y tan precipitadamente, que estuvo a punto de romperse los huesos dos o tres veces. Al llegar a la puerta del gabinete, se detuvo durante un rato, pensando en la prohibición que le había hecho su marido, y temiendo que esta desobediencia pudiera acarrearle alguna desgracia. Pero la tentación era tan grande que no pudo superarla: tomó, pues, la llavecita y temblando abrió la puerta del gabinete.

Al principio no vio nada porque las ventanas estaban cerradas; al cabo de un momento, empezó a ver que el piso se hallaba todo cubierto de sangre coagulada, y que en esta sangre se reflejaban los cuerpos de varias mujeres muertas y atadas a las murallas (eran todas las mujeres que habían sido las esposas de Barba Azul y que él había degollado una tras otra).

Creyó que se iba a morir de miedo, y la llave del gabinete que había sacado de la cerradura se le cayó de la mano. Después de reponerse un poco, recogió la llave, volvió a salir y cerró la puerta; subió a su habitación para recuperar un poco la calma; pero no lo lograba, tan conmovida estaba.

Habiendo observado que la llave del gabinete estaba manchada de sangre, la limpió dos o tres veces, pero la sangre no se iba; por mucho que la lavara y aún la resfregara con arenilla, la sangre siempre estaba allí, porque la llave era mágica, y no había forma de limpiarla del todo: si se le sacaba la mancha de un lado, aparecía en el otro.

Barba Azul regresó de su viaje esa misma tarde diciendo que en el camino había recibido cartas informándole que el asunto motivo del viaje acababa de finiquitarse a su favor. Su esposa hizo todo lo que pudo para demostrarle que estaba encantada con su pronto regreso.

Al día siguiente, él le pidió que le devolviera las llaves y ella se las dio, pero con una mano tan temblorosa que él adivinó sin esfuerzo todo lo que había pasado.

-¿Y por qué -le dijo- la llave del gabinete no está con las demás?

-Tengo que haberla dejado -contestó ella- allá arriba sobre mi mesa.

-No dejéis de dármela muy pronto -dijo Barba Azul.

Después de aplazar la entrega varias veces, no hubo más remedio que traer la llave.

Habiéndola examinado, Barba Azul dijo a su mujer:

-¿Por qué hay sangre en esta llave?

-No lo sé -respondió la pobre mujer- pálida como una muerta.

-No lo sabéis -repuso Barba Azul- pero yo sé muy bien. ¡Habéis tratado de entrar al gabinete! Pues bien, señora, entraréis y ocuparéis vuestro lugar junto a las damas que allí habéis visto.

Ella se echó a los pies de su marido, llorando y pidiéndole perdón, con todas las demostraciones de un verdadero arrepentimiento por no haber sido obediente. Habría enternecido a una roca, hermosa y afligida como estaba; pero Barba Azul tenía el corazón más duro que una roca.

-Hay que morir, señora -le dijo- y de inmediato.

-Puesto que voy a morir -respondió ella mirándolo con los ojos bañados de lágrimas-, dadme un poco de tiempo para rezarle a Dios.

-Os doy medio cuarto de hora -replicó Barba Azul-, y ni un momento más.



Cuando estuvo sola llamó a su hermana y le dijo:

-Ana, (pues así se llamaba), hermana mía, te lo ruego, sube a lo alto de la torre, para ver si vienen mis hermanos, prometieron venir hoy a verme, y si los ves, hazles señas para que se den prisa.

La hermana Ana subió a lo alto de la torre, y la pobre afligida le gritaba de tanto en tanto:

-Ana, hermana mía, ¿no ves venir a nadie?

Y la hermana respondía:

-No veo más que el sol que resplandece y la hierba que reverdece.

Mientras tanto Barba Azul, con un enorme cuchillo en la mano, le gritaba con toda sus fuerzas a su mujer:

-Baja pronto o subiré hasta allá.

-Esperad un momento más, por favor, respondía su mujer; y a continuación exclamaba en voz baja: Ana, hermana mía, ¿no ves venir a nadie?

Y la hermana Ana respondía:

-No veo más que el sol que resplandece y la hierba que reverdece.

-Baja ya -gritaba Barba Azul- o yo subiré.

-Voy en seguida -le respondía su mujer; y luego suplicaba-: Ana, hermana mía, ¿no ves venir a nadie?

-Veo -respondió la hermana Ana- una gran polvareda que viene de este lado.

-¿Son mis hermanos?

-¡Ay, hermana, no! es un rebaño de ovejas.

-¿No piensas bajar? -gritaba Barba Azul.

-En un momento más -respondía su mujer; y en seguida clamaba-: Ana, hermana mía, ¿no ves venir a nadie?

-Veo -respondió ella- a dos jinetes que vienen hacia acá, pero están muy lejos todavía... ¡Alabado sea Dios! -exclamó un instante después-, son mis hermanos; les estoy haciendo señas tanto como puedo para que se den prisa.

Barba Azul se puso a gritar tan fuerte que toda la casa temblaba. La pobre mujer bajó y se arrojó a sus pies, deshecha en lágrimas y enloquecida.

-Es inútil -dijo Barba Azul- hay que morir.

Luego, agarrándola del pelo con una mano, y levantando la otra con el cuchillo se dispuso a cortarle la cabeza. La infeliz mujer, volviéndose hacia él y mirándolo con ojos desfallecidos, le rogó que le concediera un momento para recogerse.

-No, no, -dijo él- encomiéndate a Dios-; y alzando su brazo...

En ese mismo instante golpearon tan fuerte a la puerta que Barba Azul se detuvo bruscamente; al abrirse la puerta entraron dos jinetes que, espada en mano, corrieron derecho hacia Barba Azul.

Este reconoció a los hermanos de su mujer, uno dragón y el otro mosquetero, de modo que huyó para guarecerse; pero los dos hermanos lo persiguieron tan de cerca, que lo atraparon antes que pudiera alcanzar a salir. Le atravesaron el cuerpo con sus espadas y lo dejaron muerto. La pobre mujer estaba casi tan muerta como su marido, y no tenía fuerzas para levantarse y abrazar a sus hermanos.

Ocurrió que Barba Azul no tenía herederos, de modo que su esposa pasó a ser dueña de todos sus bienes. Empleó una parte en casar a su hermana Ana con un joven gentilhomme que la amaba desde hacía mucho tiempo; otra parte en comprar cargos de Capitán a sus dos hermanos; y el resto a casarse ella misma con un hombre muy correcto que la hizo olvidar los malos ratos pasados con Barba Azul.

## Referencias

Perrault, C. (1697) *Barba Azul*, en Perrault, C. (2002) *Cuentos completos*, México: Alfaguara.

Pínkola, C. (2009) *Mujeres que corren con los lobos*, España: Ediciones B.

## **Película “El Color Púrpura”**

La película “El color púrpura” es una historia que narra el abuso y superación del abuso al contar la historia de una mujer afroamericana que, además de ser abusada por su padre, fue revictimizada por su marido e hijastros durante más de veinte años. El trabajar con esta película para su análisis en el trabajo grupal, constituye un complemento al proceso terapéutico, de acuerdo con Peña (2008) la “cineterapia” ayuda al proceso grupal debido a que favorece la identificación y resonancia, y al poner el conflicto a distancia de los participantes, permite que estos pueden analizar aquello que de sí mismos pueden ver reflejado en los personajes.

Argumento: La historia, ubicada a principios del siglo xx, se centra en la vida de Celie, una joven afroamericana. La narrativa se centra en la vida de Celie durante más de treinta años, comienza cuando ella tiene 14 años y está embarazada de su padre, quien la vende a un hombre que la maltrata tanto física como psicológicamente y la tiene esclavizada durante la mayor parte de su vida, en los que es separada de su hermana Nettie (a quien protegió de ser abusada por su esposo) que es llevada a África por su familia adoptiva.

La película como relato desde el punto de vista del modelo narrativo: La película está estructurada narrativamente como una historia de maltrato, resistencia, supervivencia y cambio, siguiendo las fases del rito de pasaje, tiene como punto de partida las experiencias traumáticas, a las cuales Celie responde de forma tal que le permiten sobrevivir y buscar espacios de creatividad y gozo; más adelante, Celie comienza a cuestionar su situación familiar, las relaciones de amistad que establece sirven para darle un sentido diferente a su vida, y en la medida en que se compromete consigo misma y con su comunidad, comienza a adherirse a nuevas prácticas, que finalmente la llevan a separarse de su marido/agresor y redefinirse como persona. Junto con la historia de Celie, aparecen relatos de lucha y relaciones de poder, de sufrimiento y resistencia, cuyos desenlaces no se dan “como por arte de magia”, sino que dependen de las decisiones de los personajes. El final de la película supone la re-membranza, la re-incorporación de Celie a su comunidad pero en una posición

de identidad diferente a la que tenía al comienzo de la película (de víctima) y el reencuentro con su hermana (Nettie), quien fue la persona más significativa en su vida, y su motivo de lucha.

## **Referencia**

Jones, Q., Kennedy, K., Marshall, F. y Spielberg, S. (Productores) & Spielberg, S. (Director) (1985) *El color púrpura* [Película] Estados Unidos: Warner Bros. Pictures.

## Metáfora de la bicicleta

La metáfora de la bicicleta está programada para la penúltima sesión del grupo. Esta metáfora, como medio literario, tiene como finalidad preparar a los miembros del grupo para la sesión final, para que al llegar al cierre no tengan efectos regresivos o empeoren como reacción emotiva al término de la terapia grupal. Esta metáfora, similar a otras utilizadas en distintos modelos sistémicos (como las empleadas especialmente por los modelos influidos por el trabajo de M. Erickson, como el modelo estratégico [Haley, 2008; Madanes, 2007], el de soluciones [De Shazer, 1991, 1992] y el de posibilidades [Cade y O'Hanlon, 1995]) puede ser asimilada por los miembros del grupo paulatinamente y a un nivel emocional profundo.

La metáfora preparada es la siguiente:

“Cuando una persona, niño o adulto, aprende a andar en bicicleta, en ocasiones pierde el equilibrio y cae, a veces es sólo un raspón superficial, en ocasiones puede lastimarse más gravemente, pero no por ello debe dejar de montar la bicicleta, pues en la medida en que practica adquiere mayor pericia y a la larga deja de caer y lastimarse, se vuelve mejor manejando hasta que domina la bicicleta. Pero no puede dominar la bicicleta si todo el tiempo lo ayudan a subirse y lo acompañan para mantener el equilibrio; al principio se le ayuda, pero después se le deja solo más tiempo, más distancia, hasta que puede hacerlo solo, sin darse cuenta de que ya no hay quien detenga la bicicleta hasta que ha andado un buen trecho; entonces adquiere confianza, porque sabe que puede hacerlo, y con el tiempo lo hará mejor todavía. La mejor manera de no caer es seguir pedaleando.”

Después de esta metáfora, cuyo significado no se revela (pero puede comentarse en la siguiente sesión) se le recuerda a los miembros que la siguiente sesión, la última, tendrá ocasión un mes después, y se cierra la sesión.

El significado de la metáfora, esclarecido, es que pueden comenzar a andar solos, y que por ello se les permitirá alejarse más, para que prueben que pueden, si tienen conflictos no importa, con el tiempo lo harán mejor.

Este tipo de técnica tiene probada eficacia de acuerdo con los trabajos de Fisch, Weakland y Segal (1994), Haley (2008), Madanes (2007), De Shazer (1991, 1992) y Cade y O'Hanlon (1995).

## Referencias

Cade, B. y O'Hanlon, W. (1995) ***Guía breve de terapia breve***, España: Paidós.

De Shazer, S. (1992) *Claves en psicoterapia breve*, Barcelona: Gedisa.

\_\_\_\_\_ (1991) *Claves para la solución en terapia breve*, Barcelona: Paidós.

Fisch, R. Weakland, J.H. y Segal, L. (1994) ***La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia***, Barcelona: Herder.

Haley, J. (2008) ***Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz***, Argentina: Amorrortu, 2ª edición

Madanes, C. (2007) ***Terapia familiar estratégica***, Argentina: Amorrortu.

## TERAPIA NARRATIVA GRUPAL

### Cuestionario de Evaluación Inicial para Participantes

Nombre:

1. Motivo de consulta

2. Describa brevemente los antecedentes que le motivaron a acudir a consulta (antecedentes inmediatos) y los problemas que le aquejan.

3. ¿En qué áreas de su vida le afectan las razones mencionadas? En una escala del 0 al 10, en donde 0 es nada y 10 es demasiado, ¿cómo califica la forma en que le ha afectado?

Área	Calificación
Familiar	
Escolar	
Relaciones de pareja	
Relaciones Con otras personas	
Laboral	
Salud	
Descanso (sueño, reposo)	
Actividades recreativas (hobbies, deportes, actividades culturales)	

## TERAPIA NARRATIVA GRUPAL

### Cuestionario de satisfacción

Nombre:

1. La atención y servicios recibidos fueron de su agrado  
Sí \_\_\_ No \_\_\_
2. ¿El terapeuta que le atendió se condujo de manera ética (puntualidad, respeto, compromiso)?  
Sí \_\_\_ No \_\_\_
3. En una escala del 0 al 10, en donde 0 es nada y 10 es demasiado ¿En qué áreas de su vida le afectan actualmente las razones por las que acudió al servicio psicológico?

Área	Calificación
Familiar	
Escolar	
Relaciones de pareja	
Relaciones Con otras personas	
Laboral	
Salud	
Descanso (sueño, reposo)	
Actividades recreativas (hobbies, deportes, actividades culturales)	

4. En una escala de 1 al 4, en donde 1 es poco y 4 bastante ¿Cuánto le ayudo el grupo terapéutico para resolver los conflictos que le aquejaban?

1            2            3            4

5. ¿Recomendaría el grupo terapéutico a personas con problemas similares al suyo?

SI \_\_\_

NO \_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_.



## Escala de Evaluación de los Efectos del Abuso Sexual

Las escalas son instrumentos de medición o pruebas psicológicas que frecuentemente son utilizadas para la medición de actitudes. Summers (1982; en Briones, 1995) define el término actitud como la *“... suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico”*.

La actitud se expresa por medio de opiniones. En una escala de medición de actitudes lo que interesa es la actitud de quién opina hacia los hechos ya especificados.

La escala de Likert mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares. Se le conoce como escala sumada debido a que la puntuación de cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem.

La escala se construye en función de una serie de ítems que reflejan una actitud positiva o negativa acerca de un estímulo o referente. Cada ítem está estructurado con cinco alternativas de respuesta (Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Indiferente, En desacuerdo y Totalmente en desacuerdo).

La unidad de análisis que responde a la escala marcará su grado de aceptación o rechazo hacia la proposición expresada en el ítem. Los ítems por lo general tienen implícita una dirección positiva o negativa, y la calificación se asigna de acuerdo a esa dirección (2, 1, 0, -1, -2).

Los ítems se presentan en forma de enunciados cuyo grado de acuerdo o desacuerdo se solicita a la unidad de análisis.

La cantidad de enunciados que integra una escala Likert varía de acuerdo a la naturaleza de la variable operacionalizada.

La base del procedimiento consiste en pedir al sujeto que señale, dentro de una serie graduada de ítems, aquellos que acepta o prefiere; las escalas de actitudes presentan dos polos extremos y no existe una respuesta válida.

Una de las ventajas de este tipo de escala es que se puede aplicar de manera directa, de forma auto-administrada, es decir, no se requiere de una entrevista para que la persona responda ni de un evaluador que marque las respuestas.

Entre las ventajas de la escala de Likert destaca el que es un instrumento estructurado, lo que disminuye sus problemas de confiabilidad: las personas reciben los ítems presentados de la misma manera, con igual introducción, recomendaciones, formato y opciones de respuesta. Adicionalmente, es de fácil construcción, aplicación y calificación. Como los ítems no consisten en preguntas sino en aseveraciones, la persona se siente más libre para opinar puesto que “responsabilidad” de las afirmaciones recae en el entrevistador.

Dado que el objetivo es agrupar numéricamente los datos que se expresen en forma verbal, para poder luego operar con ellos, como si se tratará de datos cuantitativos para poder analizarlos correctamente. Los datos que produce son fáciles de manejar usando programas estadísticos, que habitualmente contienen los coeficientes necesarios para evaluar las propiedades de la escala.

Entre los inconvenientes de la escala de Likert destaca que puede obtenerse una misma puntuación con diferentes combinaciones de *ítems*, lo que demuestra que la misma puntuación puede tener significados distintos que requieren ser interpretados por el analista.

### **ESCALA DE EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DEL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA (EEASI)**

La Escala de Abuso Sexual en la Infancia (EEASI) se plantea como un instrumento de seguimiento longitudinal transversal de los cambios en las percepciones que sobre los síntomas asociados al ASI tienen los adultos sujetos a psicoterapia, auxiliando al terapeuta en la valoración de la evolución de los síntomas auto reconocidos por el sujeto en tratamiento.

De acuerdo con la literatura consultada existe un amplia cantidad de posibles síntomas que pueden surgir como efectos a largo plazo del ASI y la adolescencia, aunque estos pueden o no presentarse y lo hacen en diferente magnitud en cada persona, existe una

noción compartida por muchos autores (Barudy, 1998; Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000; Calvi, 2005; Montenegro, 2012; Echeburúa y De Corral, 2006; Arruabarrena y De Paul, 1999; Batres, 1998; Cantón y Cortés, 2000; Cantón y Justicia, 2008; Casado, Díaz y Martínez, 1997; Intebi, 2000; Ministerio de Salud de Chile y UNICEF, 2011; Perrone y Nannini, 2000; entre otros), quienes reconocen que en muchos casos la secularización traumática lleva a la presencia de síntomas en la edad adulta, si bien no existe un cuadro único o síndrome post-abuso sexual a largo plazo. De los síntomas más comunes presentados por los autores revisados se realizó una lista que considera cuatro dimensiones, cada una de ellas con diversos atributos o variables.

La construcción de la escala de EEASI incorpora cuatro dimensiones, de acuerdo con el tipo de secuelas que se presenten, a saber:

1. Conductuales.
  2. Emocionales.
  3. Relacionales.
  4. Físicas.
- Secuelas conductuales. Se refieren a aquellas consideradas como conductas inadaptadas o autodestructivas, relacionadas como efecto a largo plazo del abuso sexual. Entre ellas, destacan, conductas autolesivas, abuso de sustancias, actividad sexual indiscriminada, sexual las relaciones afectivas, prostitución, o por el contrario la ausencia de actividad sexual, el suicidio activo (intentos de suicidio) y pasivo (conductas de riesgo que pueden culminar en la muerte) (Eguiluz, comp. 2010), y el negativismo, como aspecto comportamental.
  - Secuelas emocionales. Entre los efectos emocionales del abuso, se encuentran diferentes sentimientos, actitudes y pensamientos generalizados, lo que no necesariamente implica que se presenten en todos los casos, aunque sí en la mayoría, en mayor o menor grado. Se considera que la gravedad de estos efectos tiene que ver con factores contextuales y relacionales amplios (como las reacciones de la familia ante la develación del secreto). Entre ellos se encuentran los sentimientos de culpa, vergüenza, ira, las crisis de angustia o ataques de pánico, depresión, dificultad para decir que no y para establecer límites, fobias, miedos repentinos o ante situaciones sociales, disgusto por el propio cuerpo, enojo hacia la madre, sentimientos ambivalentes por el agresor (particularmente en los casos de abuso

intrafamiliar), problemas para recordar eventos del pasado (lagunas en la memoria), terrores nocturnos (pesadillas traumáticas), sentimientos de impotencia y sensación de disociación.

- Secuelas relacionales. Este tipo se asocia a las relaciones interpersonales y las habilidades sociales adaptativas. Entre los efectos desadaptativos en este ámbito, se encuentran la ausencia de relaciones o que las que se tienen sean de tipo conflictivo, la inseguridad y baja estima en la interacción con otras personas, miedo a la intimidad emocional con frecuente presencia de estrategias de afrontamiento por evitación, desconfianza excesiva o al contrario, confianza indiscriminada. Asimismo, principalmente en el caso de varones, pueden presentarse dudas sobre la identidad sexual, que no necesariamente tienen que ver con la orientación sexual.
- Secuelas físicas. En las víctimas de abuso sexual es común la aparición de síntomas psicósomáticos, las más comunes son la hipocondría, cefaleas, problemas gastrointestinales (úlceras, colitis), desórdenes de la piel (dermatitis nerviosa, enfermedades cutáneas que no son de origen médico conocido) desórdenes psiquiátricos como trastornos de la personalidad, disociativos y en algunos casos diagnósticos de esquizofrenia y psicosis.

De estos elementos, se sustrajeron las formas en que se presentan y sus nombres comunes (no propios de la jerga científica), y se enlistaron en una escala de tipo Likert, evidentemente evitando la patologización, por lo que el término de secuela es sustituido por el de aspecto.

Los valores de puntuación de la escala son:

Totalmente en desacuerdo: -2

En desacuerdo: -1

Ni en acuerdo ni en desacuerdo: 0

De acuerdo: 1

Totalmente de acuerdo: 2

Evidentemente la interpretación de la prueba es sencilla, a mayor puntuación mayor presencia y gravedad de la sintomatología, a menor puntuación menor presencia (o ausencia total) de sintomatología asociada a la secularización de los efectos del abuso. Para cada tipo de síntoma puede haber una puntuación alta o baja, por lo que para cada

consultante particular deben considerarse la presencia o ausencia de ciertos síntomas, por ejemplo, que tenga síntomas psicosomáticos pero buen ajuste de relaciones interpersonales. Como se señaló, no existe un cuadro general y cada caso es único. Adicionalmente, este tipo de cuestionario permite plantear en términos cuantitativos las variables para su operacionalización y análisis.

No se incluyen criterios de gravedad o patología dado que esta es una escala de percepción y actitudes, no escala diagnóstica.

La escala EEASI se aplicará como un instrumento de cohorte longitudinal transversal para efectuar el seguimiento en el avance en el tratamiento de personas con ASI, para aplicarlo cada seis meses y contar con una perspectiva amplia de qué aspectos ir abordando durante su tratamiento.

Asimismo, se considera conveniente, una vez que se cuente con grupos de tratantes, hacer análisis de correlación de Pearson para estudiar la relación de variables en personas con tratamiento por ASI y en otros grupos sin ASI, lo que podrá ayudar a formular de manera más específica relaciones y correlaciones explicativas.

Finalmente, dado que la prueba es cualitativa, no se ponderan los efectos de manera empirista, sino que requieren de la interpretación de los atributos e *ítems*, de conformidad con el caso particular tratado en terapia, aunque permite tener indicadores ciertos y válidos de la evolución de los síntomas a través del seguimiento de resultados en el tiempo.

#### **Referencias:**

Arruabarrena, M. y De Paul, J. (1999) ***Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento***, Madrid: Pirámide.

Batres, G. (1998) ***Tratamiento grupal: Adultas y adolescentes sobrevivientes de incesto y abuso sexual. Manual para terapeutas***, Costa Rica: Eidos.

Briones, G. (1995). ***Métodos y Técnicas de Investigación para las Ciencias Sociales***, México: Trillas

Cantón, J. y Cortés, M. (2000) ***Guía para la evaluación del abuso sexual infantil***, Madrid: Pirámide.

- Cantón, D. y Justicia, F. (2008) "Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo", en *Psicothema*, 20(4) pp. 509-515
- Casado, J., Díaz, J. y Martínez, C. (1997) *Niños maltratados*, Madrid: Díaz de Santos.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2006) "Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia", en *Cuadernos de medicina forense*, 12(43-44), 75-82, Disponible en <http://www.cuadernosdemedicinaforense.es/>
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000) *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*, Barcelona: Ariel.
- Fernández I. (2005), *Construcción de escala aditiva tipo Likert*. España, Recuperado de [http://www.mtas.es.insht/ntp/nto\\_015.htm](http://www.mtas.es.insht/ntp/nto_015.htm).
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010), *Metodología de la Investigación*, México: McGraw Hill.
- Intebi, I. (2000) *Abuso sexual infantil. En las mejores familias*, Buenos Aires: Granica.
- Ministerio de Salud de Chile y UNICEF (2011) *Guía clínica. Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual*, Santiago: Andros, Recuperado de <http://unicef.cl/web/guia-clinica-atencion-de-ninos-ninas-y-adolescentes-menores-de-15-anos-victimas-de-abuso-sexual/>
- Perrone, R. y Nannini, M. (2000). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Buenos Aires: Paidós.

## Cuestionario de Evaluación de los Efectos del Abuso Sexual Infantil

Fecha:

Nombre:

<p><b>Instrucciones:</b> Responda para cada opción de acuerdo con lo que considere que más se aproxima a sus ideas, sentimientos y acciones. Este no es un examen, por lo que no existen respuestas correctas ni respuestas incorrectas. Para que esta evaluación sea útil para los objetivos de la terapia, se le solicita que responda lo más honestamente posible, señalando en cada caso la respuesta marcando una sola opción.</p>					
<b>ASPECTOS CONDUCTUALES</b>					
En su vida se han presentado o presentan estas conductas					
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Cortarse la piel intencionalmente					
Consumo de sustancias ilegales					
Consumo elevado de alcohol (más de dos copas por semana)					
Actividad sexual indiscriminada					
Ausencia de actividad sexual					
Prostitución					
Desórdenes alimenticios (anorexia, bulimia, atracones)					
Intentos de Suicidio					
Tabaquismo					
Conducir a alta velocidad					
Conducir después de consumir alcohol, estupefacientes o enervantes					
Consumir altas cantidades de medicamentos					
Ponerse en peligro					
Ir con desconocidos a lugares privados y/o alejados de sitios					

públicos					
Negativismo					
Relaciones sexuales desprotegidas (sin condón)					
Participación en peleas					
Golpearse					
Desatender la salud incluso cuando está enfermo					
<b>ASPECTOS EMOCIONALES</b>					
A menudo siente					
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Culpa					
Vergüenza					
Sensación de parálisis (no saber qué hacer)					
Profunda tristeza					
Desánimo/Apatía					
Dificultad para decir no					
Fobias					
Disgusto con el cuerpo					
Ira					
Enojo con la familia de procedencia (madre, padre, hermanos)					
Ambivalencia con el (la) ofensor(a)					
Sensación de estar fuera del cuerpo					
Pesadillas traumáticas					
Lagunas en la memoria pasada					
Sensación de impotencia					
Dificultad para realizar las actividades cotidianas					
Ganas de llorar sin motivo aparente					
Miedo repentino					
Baja autoestima					
Dificultad para					



encariñarse con las personas con quienes tiene una relación cercana					
Creencia de que no puede ser querido(a) por otras personas					
<b>ASPECTOS RELACIONALES</b>					
En cuanto a sus relaciones interpersonales, con otras personas, diría que					
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Ausencia de relaciones					
Relaciones conflictivas					
Baja estima					
Dudas sobre su identidad (no relacionado con la orientación sexual)					
Anorgasmia					
Terror a las relaciones sexuales y/o intimidad emocional					
Desconfianza					
Confianza indiscriminada					
<b>ASPECTOS FÍSICOS</b>					
A menudo padece					
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Cefaleas					
Úlcera gástrica					
Colitis					
Enfermedades de la piel					
Dolores de origen médico desconocido					
Diagnósticos psiquiátricos que no son de origen neurológico					
Sensación de separarse del cuerpo (ver las cosas "como si estuviera afuera")					
Agotamiento físico					

**Puntuación:** \_\_\_\_\_

**Observaciones:**

## Escala de Evaluación de los Efectos del Abuso Sexual en la Infancia (EEASI). Indicadores

TABLA DE INDICADORES

Dimensiones	Definiciones		Indicadores/Conductas		Ítems	Valores					Suma	
	Conceptual	Operacional				Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo		
1	Aspectos conductuales	Actividad sexual indiscriminada	1.1	Selectividad laxa para involucrarse en relaciones sexuales		2	1	0	-1	-2		
		Sexuar relaciones afectivas	1.2	Confundir las relaciones eróticas con afectivas		2	1	0	-1	-2		
		Prostitución	1.3	Prostitución	Intercambio de favores sexuales por beneficios		2	1	0	-1	-2	
		Ausencia de actividad sexual	1.4	Evitar la actividad sexual con otra persona		2	1	0	-1	-2		
		Conductas autodestructivas. Autolesivas inminentes	1.5	Autolesiones		2	1	0	-1	-2		
			1.6	Intentos de suicidio		2	1	0	-1	-2		
			1.7	Abuso de sustancias controladas		2	1	0	-1	-2		
			1.8	Tabaquismo		2	1	0	-1	-2		
			1.9	Alcoholismo		2	1	0	-1	-2		
						Manejar a alta velocidad	2	1	0	-1	-2	
				Tener relaciones sexuales sin protección	2	1	0	-1	-2			
				Exponerse a	2	1	0	-1	-2			
		Conductas autodestructivas. Suicidio pasivo	1.10	Asume conductas de riesgo								

					situaciones de violencia o vulnerabilidad						
2	Aspectos psicosomáticos	Síntomas somáticos	2.1	Hipocondría		2	1	0	-1	-2	
			2.2	Cefaleas		2	1	0	-1	-2	
			2.3	Úlceras		2	1	0	-1	-2	
			2.4	Colitis		2	1	0	-1	-2	
			2.5	Gastritis		2	1	0	-1	-2	
			2.6	Desórdenes alimenticios	Voracidad alimentaria	2	1	0	-1	-2	
					Bulimia	2	1	0	-1	-2	
Anorexia	2	1			0	-1	-2				
2.7	Enfermedades cutáneas de origen médico desconocido	Dermatitis nerviosa	2	1	0	-1	-2				
3	Aspectos emocionales	Sentimientos asociados	3.1	Sentimientos de culpa		2	1	0	-1	-2	
			3.2	Vergüenza		2	1	0	-1	-2	
			3.3	Ira		2	1	0	-1	-2	
			3.4	Angustia		2	1	0	-1	-2	
			3.5	Pánico		2	1	0	-1	-2	
			3.6	Fobia		2	1	0	-1	-2	
			3.7	Terrores nocturnos		2	1	0	-1	-2	
			3.8	Baja autoestima		2	1	0	-1	-2	
			3.9	Enojo con la familia de origen		2	1	0	-1	-2	
			3.10	Sentimientos ambivalentes contra el agresor		2	1	0	-1	-2	
			3.11	Bloqueo de recuerdos traumáticos		2	1	0	-1	-2	
			3.12	Soledad		2	1	0	-1	-2	
			3.13	Percepción negativa de sí mismo		2	1	0	-1	-2	
			3.14	Dependencia emocional		2	1	0	-1	-2	
			3.15	Trastornos disociativos		2	1	0	-1	-2	
3.16	Inseguridad		2	1	0	-1	-2				

			3.17	Angustia en situaciones sociales		2	1	0	-1	-2	
						2	1	0	-1	-2	
4	Secuelas relacionales	Interacción	4.1	Estigmatización		2	1	0	-1	-2	
			4.2	Co dependencia		2	1	0	-1	-2	
			4.3	Auto anulación en eventos de interacción		2	1	0	-1	-2	
			4.4	Dificultad para establecer relaciones íntimas		2	1	0	-1	-2	
			4.5	Confianza indiscriminada		2	1	0	-1	-2	
			4.6	Aislamiento social		2	1	0	-1	-2	
			4.7	Relaciones conflictivas		2	1	0	-1	-2	
			4.8	Reproducción de patrones de ASI		2	1	0	-1	-2	
			4.9	Conductas transgresoras		2	1	0	-1	-2	
			4.10	Estilo parental permisivo		2	1	0	-1	-2	
			4.11	Percepción negativa de sí mismo como madre o padre		2	1	0	-1	-2	
			4.12	Castigo físico ante conflictos con sus hijos		2	1	0	-1	-2	
			4.13	Re victimización		2	1	0	-1	-2	
<b>Índice General EEASI</b>											