

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA.

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

UTILIZACIÓN DE LA HIPNOTERAPIA EN LA
RESOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA
ASOCIADA A ABUSO SEXUAL:
UN ESTUDIO PILOTO.

Alumno: Gonzalo A. Guzmán C.
Profesor Patrocinante: Ps. Isabel M. Fontecilla S.
Profesor Guía: Ps. Mario Pacheco L.
Prof. Guía Metodológico: Ps. Elisabeth Wenk W.

1996

Deseo expresar mis más sinceros agradecimientos...

... a la Sra. Isabel Fontecilla, por sus buenos consejos.

... a la Sra. Elisabeth Wenk por su buena disposición.

... y a Mario Pacheco por su devoción a la enseñanza.

sin su apoyo este trabajo no habría sido posible...

y mis agradecimientos especiales a...

Graciela Arce, mi esposa
... a Andrea y Francisca, por su paciente comprensión.
... a Marisol del Pozo, por su apoyo entusiasta.
... a mis Padres

... y a Rosalía.

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN: La Relevancia del Tema.	4
2.- OBJETIVOS.	10
2.1.- Generales.	11
2.2.- Específicos.	11
3.- MARCO TEÓRICO.	12
3.1.- Clasificación del abuso sexual desde el punto de vista legal.	13
3.1.1.- Abusos deshonestos.	14
3.1.2.- Violación.	14
3.1.3.- Incesto.	15
3.2.- Aspecto psicosocial.	15
3.2.1.- Dos visiones desde en modelo sistémico de familia extensa.	16
3.2.2.- Un modelo de inducción familiar.	17
3.2.3.- Un enfoque complementario.	22
3.3.- El impacto individual.	24
3.3.1.- Aspecto psicológico.	24
3.3.2.- La persona abusada.	26
4.- UNA PEQUEÑA REVISIÓN DE MODELOS DE TRATAMIENTO ACTUALMENTE EN USO.	35
4.1.- Modelo de tratamiento de orientación cognitivo-conductual.	39
4.2.- Modelo de tratamiento de orientación familiar sistémica.	41
4.2.1.- Intervención social.	43
4.2.2.- Intervención terapéutica.	45
5.- PROPOSICIÓN TERAPÉUTICA.	50
5.1.- La terapia estratégica e hipnótica de Ivonne Dolan.	53
5.1.1.- Construcción de un tratamiento orientado a la solución.	53
5.1.1.1.- Escala de recuperación y señales mínimas de recuperación.	54
5.1.1.2.- Pregunta milagro.	55

5.1.1.3.- Lista de cosas que continuarán.	56
5.1.1.4.- Progresión de edad en vigilia.	57
6.1.1.5.- Preguntas constructivas individuales y sistémicas.	57
5.1.2.- Estrategias para disminuir la disociación de los recursos personales.	58
5.1.2.1.- Imaginar lo que el terapeuta le pediría hacer.	59
5.1.2.2.- Interrupción de patrones de respuesta.	59
5.1.2.3.- Notas escritas para sí misma.	60
5.1.3.- Claves asociativas para comodidad y seguridad.	60
5.1.4.- Sobreponiéndose a los efectos de las claves traumáticas asociativas (<i>flashbacks</i>).	61
5.1.5.- Transformación de la sintomatología en recurso: disociación terapéutica.	64
5.1.6.- Técnica de auto-hipnosis orientada externamente.	65
5.1.7.- Revisión disociada y reencuadre del evento traumático.	65
5.1.7.1.- Técnicas disociativas.	66
5.1.7.2.- Técnica de regresión y progresión naturalística de edad e integración de experiencias traumáticas.	67
5.1.7.3.- Regresión a la fuente del síntoma.	69
5.1.7.4.- Técnica de la pantalla de cine.	70
5.1.7.5.- Adición de nuevos contenidos a la memoria.	71
5.1.7.6.- Recuerdo de un recurso disociado de la infancia.	72
5.1.8.- Eliminación de los <i>flashbacks</i> durante los encuentros sexuales.	73
6.- METODOLOGÍA.	76
6.1.- Tipo de estudio.	77
6.2.- Planteamiento formal de la hipótesis.	78
6.3.- Definición conceptual u operacional de las variables.	78
6.3.1.- Variable Independiente.	78
6.3.2.- Variable Dependiente.	78
6.4.- Definición y características del universo.	79

6.5.- Definición y tamaño muestral.	79
6.6.- Descripción de la prueba utilizada en la evaluación antes-después.	82
6.7.- Confiabilidad y validez.	83
6.8.- Instrumentos de análisis.	83
6.9.- Procedimiento.	84
6.10.- Protocolo de tratamiento	85
7.- RESULTADOS.	88
8.- ANÁLISIS DE RESULTADOS.	91
9.- DISCUSIÓN.	95
10.- CONCLUSIONES.	100
11.- BIBLIOGRAFÍA.	103
12.- APÉNDICES.	108
13.- ANEXOS.	

1.- INTRODUCCIÓN.

La Relevancia del Tema.

El trabajo presentado a continuación tiene como propósito describir y exponer los resultados de la aplicación de una propuesta terapéutica, novedosa en nuestro medio, para la rehabilitación de mujeres víctimas de abuso sexual en su infancia o adolescencia.

Esta propuesta es un esfuerzo para reunir en un modelo de tratamiento la Terapia Estratégica orientada a la solución de problemas de Steve de Shazer y la Hipnosis Naturalística, o Ericksoniana, como vehículo de terapia.

Se inscribe, de este modo, en la línea de anteriores investigaciones llevadas a cabo por profesionales de esta Universidad en el sentido de aportar información y valorizar la Hipnoterapia dentro del ámbito de lo académico, (Herreros y Venegas, 1994; Donoso, 1995; Cobian, 1995).

Paralelamente, desde hace ya algunos años que la atención de especialistas, instituciones y, en alguna medida la opinión pública, ha comenzado a dirigirse hacia temas como los Derechos Humanos, la violencia intrafamiliar en sus vertientes de maltrato infantil y hacia la mujer.

Diversas circunstancias se han conjugado para generar este fenómeno que corresponde tanto a la esfera de lo político, nacional e internacional, como a un estado especial de desarrollo de las ciencias sociales.

Entre estos temas, habitualmente cubiertos por el manto de silencio que divide la esfera de lo público y lo privado, el abuso sexual aparece como un fenómeno acerca del cual se sabe de su existencia pero se conoce poco de su perfil y magnitud.

Investigaciones recientes en Estados Unidos han planteado que cerca de un treinta por ciento de la población infantil, niñas y niños, se han visto sometidas a este tipo de abuso.

En Chile, durante 1991, fueron registrados sobre dos mil casos de violencia sexual, de los cuales la mitad corresponde sólo a la Región Metropolitana. Se estima que estas cifras corresponden, en realidad, a entre

un 20% y un 25% de la cifra real, dado que el porcentaje restante no llega a ser denunciado. Estamos hablando entonces de unas veinte mil víctimas al año según un cálculo conservador.

El cuadro siguiente muestra la frecuencia anual de delitos sexuales durante un período de diez años para todo el país, tipificados por categoría.

CUADRO 1.

Frecuencia Anual de los Hechos de Violencia Sexual a Nivel Nacional

Año	Tipo de Delito			
	Violación	Abusos	Sodomía	TOTAL
1981	1345	939	142	2426
1982	1200	906	163	2269
1983	1264	933	117	2314
1984	890	761	100	1751
1985	1232	990	95	2317
1986	1180	745	89	2014
1987	1231	1077	114	2422
1988	1317	1206	104	2627
1989	1440	1498	140	3078
1990	1329	1197	141	2667
1991	1084	1105	125	2314
TOTAL	13512	11357	1330	26199

Fuente: Policía de Investigaciones de Chile.

El perfil y caracterización del abuso sexual es un fenómeno que recién comienza a conocerse. Por ejemplo, datos publicados por UNICEF (1991), ponen de manifiesto que cerca de un 25% de los casos de abuso sexual en menores tienen por victimario a un miembro del grupo familiar, mientras que aproximadamente un 46% corresponde a "vecinos" y "conocidos", en tanto que un porcentaje de alrededor de un 16% correspondería a desconocidos.

Cuadro 2.
Relación Víctima Agresor en el Abuso Sexual.

Agresor	Frecuencia	Porcentaje
Padre	27	8.2
Padrastro	14	4.2
Abuelo	7	2.1
Tío	16	4.8
Conviviente de la Madre	17	5.2
Vecino	40	12.1
Conocido	114	34.5
Desconocido	54	16.4

Fuente: Servicio Médico Legal

Asimismo, la mayoría de estos delitos (65%) consiste en abusos deshonestos, los cuales afectan a niños de todas las edades, con una distribución trimodal, siendo las más críticas las de 6, 9 y 14 años.

Entre las víctimas se observa un leve predominio (53 contra 47%) de las mujeres. Las violaciones constituyen el 15% de los casos, concentrándose

en la adolescencia, especialmente entre los 14 y 17 años, afectando por definición legal sólo a las mujeres, mientras que su contrapartida, la sodomía, afectaría indistintamente a niños de entre 4 y 16 años, con un 3,6% de los peritajes recibidos en el Instituto Médico Legal (Unicef, 1991).

Diversas investigaciones muestran que el riesgo de que una persona abusada en su infancia desarrolle un desorden mental en su vida adulta es, según las variables metodológicas involucradas, entre 2 a 12 veces más alto que la población general. Entre el 20 y 40% de las afectadas mostrará un trastorno psicológico a largo plazo, (Poblete, A. y Varas, Y., 1994, pp. 204-205).

Estos datos ponen de relieve la importancia de discutir e investigar acerca de estrategias para resolver los serios trastornos psicológicos que constituyen la secuela de estas experiencias traumáticas.

Con vistas a lo anterior se expone en este trabajo, en primer lugar, una caracterización del abuso sexual poniendo un énfasis especial en la teoría de la disociación de Rossi como un intento comprensivo y de integración de los diversos síntomas asociados y su génesis.

En segundo lugar, se realiza una revisión sucinta de los modelos terapéuticos específicos actualmente en uso señalando aquellas instituciones que asisten casos de abuso sexual infantil.

En tercer lugar, se intenta un desarrollo ordenado de la propuesta terapéutica describiendo y fundamentando cada una de las distintas estrategias utilizadas.

A continuación se detallan los aspectos metodológicos del estudio para dar lugar a los resultados del mismo y su análisis.

Finalmente, se realiza la discusión y se exponen las conclusiones del estudio.

El objetivo general de este estudio es, de este modo, la introducción de una de estas estrategias y su evaluación de acuerdo al reporte de las propias víctimas.

El estudio planteado tiene un carácter explicativo con un diseño de orientación cuasi-experimental en el cual se aplicó la variable psicoterapia a una muestra de mujeres víctimas de abuso sexual, durante su infancia o adolescencia, que presenten sintomatología asociada al trastorno por Estrés Post-traumático y con una edad actual de entre dieciséis y hasta los treinta años.

El primer aporte de este trabajo consiste, entonces, en la propuesta de un modelo de intervención breve, diez sesiones, que a través de la búsqueda de soluciones, conjuntamente entre terapeuta y paciente y el trabajo en el trauma busca reducir y hacer menos invalidantes las secuelas sintomatológicas del abuso sexual sufrido durante la infancia.

El segundo aporte de este estudio consiste en la síntesis entre el enfoque estratégico de psicoterapia sistémica y la psicoterapia ericksoniana dentro del marco explicativo de la teoría de la disociación de Rossi.

2.- OBJETIVOS.

2.1.- GENERALES.

Los objetivos de este estudio son: introducir y probar en nuestro medio la eficacia de un modelo terapéutico novedoso, no aplicado en el país, en una muestra de individuos víctimas de abuso sexual, mayores de dieciséis años y menores de treinta, evaluando sus efectos a través de la comparación de la situación de la sintomatología antes y después del tratamiento.

2.2.- ESPECÍFICOS.

Los objetivos específicos de este estudio son:

- i.- Proponer un marco teórico que facilite una comprensión global de los distintos síntomas asociados al abuso sexual.
- ii.- Exponer distintas estrategias destinadas al tratamiento de tales síntomas con arreglo a dicho modelo.
- iii.- Destacar la importancia y conveniencia del manejo de técnicas de hipnosis naturalística como vehículo de terapia en el manejo de casos de abuso sexual, en particular, y de traumas en general.
- iv.- Construir y describir un protocolo de tratamiento capaz de orientar las intervenciones.
- v.- Realizar la aplicación del modelo de intervención propuesto por Dolan, sobre una muestra determinada a objeto de obtener una prueba estadística acerca de sus resultados.

3.- MARCO TEÓRICO.

En este capítulo se expondrá una breve caracterización del abuso sexual desde los puntos de vista legal, psicosocial y de la psicopatología individual desde el particular punto de vista de la Teoría de la Disociación de Rossi, como un marco comprensivo más amplio. Se exponen, además, enfoques alternativos que ponen de manifiesto la utilidad de considerar las dinámicas de trance en la génesis y mantención de síntomas en los casos de abuso sexual. Se propone, finalmente, la conveniencia de la agrupación de los síntomas bajo el diagnóstico de estrés post-traumático.

El propósito que se persigue es la elaboración de un marco que, por una parte, permita comprender la constelación de secuelas y fenómenos que se dan en torno al abuso sexual así como la de un sustento teórico dentro del cual la propuesta terapéutica adquiere su pleno sentido y significado.

3.1.- CLASIFICACIÓN DEL ABUSO SEXUAL DESDE EL PUNTO DE VISTA LEGAL.

Podemos definir el abuso sexual como cualquier forma de interacciones sexuales entre un individuo y otra persona que está en una posición de poder sobre el primero. (Dolan, 1991). De acuerdo a esta definición, incluiremos en esta categoría a los abusos deshonestos o violación cometidos por extraños o por miembros de la propia familia de la víctima.

Desde el punto de vista legal existen delitos que se pueden agrupar bajo el término de atentado sexual (Labatut, 1983); estos se refieren a una agresión física, que, por la violencia que puede implicar, tiene en general repercusiones más graves que otros delitos. Dicho atentado priva totalmente a la víctima del control sobre su propia corporalidad, abusando de ésta sin su consentimiento y sometiéndola a las exigencias del otro.

Los tipos de abuso sexual cuya ocurrencia es más frecuente en el país, según un estudio sobre violencia sexual en Chile realizado para el Servicio Nacional de la Mujer en 1992, son los abusos deshonestos, la violación y el incesto. A continuación

se presenta cada uno de estos delitos de acuerdo a como los define el Código Penal:

3.1.1.- Abusos Deshonestos:

Según el artículo 336, del Código Penal, comete abuso deshonesto:

"El que abusare deshonestamente de una persona de uno u otro sexo mayor de doce años y menor de veinte...si concurriere alguna de las circunstancias expresadas en el artículo 361 (sobre violación), se estimará como agravante del delito aún cuando sea mayor de veinte años la persona de quien se abusa."

De acuerdo con esto, se define abuso deshonesto como la realización de actos libidinosos atentatorios al pudor de una persona de uno u otro sexo, con exclusión del yacimiento, y concurriendo las circunstancias previstas por la ley. (Labatut, 1983.)

3.1.2.- Violación: Dice el Código Penal en su artículo 361:

"...se comete violación yaciendo con la mujer en alguno de los casos siguientes:

- i.- Cuando se usa la fuerza o intimidación.
- ii.- Cuando la mujer se haya privada de razón o de sentido por cualquier causa.
- iii.- Cuando sea menor de doce años cumplidos, aún cuando no concurra ninguna de las circunstancias expresadas en los dos números anteriores."

La doctrina legal señala la violación como:

"el conocimiento carnal sobre una persona renuente obtenido con el uso de la violencia verdadera o presunta". Se señala la necesidad de dos elementos fundamentales; el contacto genital directo del hombre y la mujer, es decir la penetración; y la violencia o el estado de fuerza, refiriéndose esto a la presión que el autor ejerce sobre la víctima.

3.1.3.- Incesto: De acuerdo al Código Penal, en su artículo 364, comete incesto: "...el que, conociendo las relaciones que lo ligan, cometiere incesto con un ascendiente o descendiente por consanguinidad legítima o ilegítima o afinidad legítima o con un hermano consanguíneo legítimo o ilegítimo, aunque sea mayor de veinte años."

Según esto el incesto puede ser definido como cualquier contacto sexual con alguien que podría ser considerado una pareja sexual inapropiada, debido a los lazos sanguíneos o políticos que vinculan a un individuo y su familia. (Dolan, 1991.). Se incluye las relaciones sexuales, con y sin violencia, entre padres (y madres) e hijas(os), abuelos, tíos; y en Chile, especialmente a las relaciones entre las (los) hijas (os) y los padrastros.

3.2.-ASPECTO PSICOSOCIAL.

Las secuelas de un abuso sexual se manifiestan en distintas áreas de la vida del sujeto que la padece y de las personas que la rodean: familia, pareja, amistades y relaciones sociales en general. Asimismo, la esfera de actividades habituales de la persona agredida puede verse grandemente modificada como consecuencia del evento.

Sentimientos de intenso miedo, dado que el evento es vivenciado como una amenaza a la propia vida, conducen a la víctima a un retraimiento en las relaciones sociales y a una consecuente automarginación en lo relacional. Del mismo modo, se observa pérdida de confianza y credibilidad en los valores socialmente compartidos, lo que suele operar en el sentido de pérdida del ajuste social.

En estudios realizados sobre una escala de ajuste social a lo largo de un año en víctimas de violación y que comprendía las siguientes subescalas: trabajo, economía, social y tiempo libre, marital, parental, unidad familiar y familia extendida, se comprobó ruptura tanto en la escala total como en las distintas subescalas (Escaff, Gálvez y Frez, comunicación personal, 1992).

A nivel de la relación de la pareja, la desconfianza hacia personas del sexo del

agresor se generaliza en distintos grados, produciendo perturbaciones de la vida afectiva y sexual. El desconocimiento respecto de cómo enfrentar la situación produce un círculo de ansiedad que afecta a ambos miembros de la pareja (Escaff, 1989).

3.2.1.- Dos visiones desde el modelo sistémico de familia extensa.

Al interior de la familia, las reacciones van desde la culpabilización de la víctima hasta la sobreprotección. En los casos de abuso por conocidos que pertenecen a la familia, el evento suele quedar bajo el amparo del llamado secreto familiar. El incesto, desde este punto de vista, raramente sería una ofensa individual, sino más bien una expresión del proceso de interacción colusiva a una familia, basado en fantasías incestuosas compartidas por sus integrantes (Pincus y Dare, 1978).

Un modo alternativo de interpretar el problema del abuso sexual sería la existencia de ideologías en las cuales el sistema familiar, cuya finalidad consiste en asegurar la vida y la socialización de todos sus miembros, funciona de tal modo que los intereses de los adultos aparecen prioritarios y urgentes en desmedro de los intereses de los niños. Los niños serían de este modo utilizados por los adultos; ya sea para compensar carencias o traumatismos sufridos en su propia familia de origen (abandono, maltratos, etc.), ya sea para resolver conflictos o paliar las consecuencias de conflictos relacionales con otros adultos (de pareja, familia, vecindario, trabajo, etc.). Tales conductas se reproducirían como esquemas transgeneracionales (Barudi, 1991, pp.9).

De cualquier modo, en estos casos el encubrimiento explícito o implícito de la situación de abuso genera mensajes paradójales imposibles de decodificar para la víctima; situación que por su carga afectiva, impide a ésta escapar, a la vez que genera confusión, la cual le lleva a una búsqueda interna de significados, los que evidentemente no encontrará, traduciéndose, en última instancia, en sintomatología psicológica (depresión, culpa, ansiedad,

síntomas psicosomáticos, etc.), (Ritterman, 1988).

3.2.2.- Un modelo de inducción familiar.

Ritterman (1988), comentando estas inducciones familiares y su papel en la generación y/o mantención de síntomas, afirma que parte del efecto de las sugerencias familiares emana del poder de la familia para producir (meta)señales contextuales, incluidos su propio tono afectivo y la distribución muy genérica de roles. Con arreglo a este punto de vista distingue un proceso de cinco partes en este proceso de inducción familiar.

1.- Establecimiento de *rapport*: Mantener a la víctima capturada dentro del sistema familiar a través de:

a.- Dicotomía público-privado. Este rasgo es una propiedad de todos los sistemas organizados. Influye sobre la persona determinando lo que es "privado", las relaciones de lealtad, secreto, competencia con los demás, y en relación con la cuestión de los síntomas, sobre los derechos de los miembros individuales, y de las instituciones sociales externas, a apoyarse o invadirse recíprocamente.

Tal vez, por ejemplo, la familia permita el incesto (en privado), pero no permita las referencias a él hacia el exterior (en público). Es posible que, en virtud de la conexión familiar y de las reglas de la familia, se impida a la víctima que denuncie el problema o que, alternativamente, no se le permita ver que este hecho privado constituye un problema. La lealtad, la vergüenza, el temor y el heroísmo convergen en la inducción de un voto de silencio, incluso de un "olvido", en presencia de una intensa conexión familiar.

b.- Técnicas de "nosotridad" familiar o consenso.

Otro rasgo familiar de rapport, y creador de potencial de un disposición a concentrarse hacia adentro, es el consenso familiar o "nosotridad". Este "nosotros" asume el poder del consenso mayoritario que prevalece sobre las presiones adaptativas sociales o fruto de la autoinstrucción de los miembros individuales. El grupo es capaz de producir alucinaciones positivas y negativas, o amnesia, por medio de la iniciación o interrupción arbitrarias de la secuencia de análisis, culpa y acuerdo. De esta manera, la familia o el propio portador del síntoma pueden activar procesos inductivos a través del "nosotros".

2.- Concentración de la atención hacia adentro:

El estado de trance se caracteriza por la intensa atención a los fenómenos específicos y la ausencia de toda distracción producida por variables externas.

- a.- Negación de aspectos significativos del contexto familiar (sólo existe la persona y su síntoma): interrupción de la secuencia; efecto de secuencias como prueba del problema individual. La negación de los aspectos contextuales, en el concepto que la familia se forma del problema, opera en el sentido de focalizar la atención en el interior de la persona que es portadora del síntoma. De este modo el problema "transformado", se convierte en la clave que puede elicitar estados de trance y la activación ulterior de síntomas. En momentos posteriores, la misma aparición de la conducta sintomática es utilizada como prueba de que la persona que lo porta es quien genera los problemas de la familia aumentando la confusión y situando la culpa en la víctima.

- b.- Negación de los aspectos mantenedores del síntoma en el contexto familiar, o falta de atención a ellos: Opera en el mismo sentido de lo anterior.
- c.- Historia común compartida: Un rasgo adicional y exclusivo del contexto inductivo familiar ofrece un segundo medio de acceso al dominio privado del sistema psicofisiológico del individuo, y una fuente de sugerencias para que se concentre hacia adentro. Los miembros de la familia poseen una historia compartida, esto faculta a sus integrantes a centrar la atención de uno de ellos en experiencias pasadas. Una vez que la atención del individuo se ha concentrado en su interior, pueden sucederse una variedad de fenómenos de ocurrencia espontánea, que depende de la naturaleza y las implicaciones que para él tienen las líneas de asociación.
- d.- Utilización familiar de ensueños de ocurrencia espontánea, (trance espontáneo cotidiano): Estos momentos de ocurrencia natural pueden ser llenados, en familias que sostienen relaciones invasivas, con sugerencias originadas en las necesidades y deseos no reconocidos o proyectados por otros integrantes de la familia.
- e.- Continuidad afectiva y sugestiva: Ciertas afirmaciones, merced a la corriente afectiva profunda que las atraviesa, poseen vida propia como inductoras de síntomas en un tiempo subjetivo distinto del tiempo cronológico. De este modo, la persona puede experimentar ciertas influencias familiares como continuación de un único discurso aun cuando estén separadas por otros sucesos, activándose en presencia de cualquier clave significativa. Esta continuidad desempeña un papel no sólo en la activación, sino en la conservación de un foco interno de concentración.

- 3.- Técnicas familiares de confusión: Hacer dudar a la persona de su propia realidad subjetiva.
- a.- Estructura versus contenido. "Las familias disfuncionales se hallan en excelente posición para confundir a una persona (despotenciando destructivamente sus formas de pensamiento consciente) por medio de una discrepancia entre lo que se dice (el contenido de las sugerencias) y el modo en que esto se encuadra (el contexto estructural interpersonal en que ocurre el contenido)".
 - b.- Mensajes jerárquicos invalidantes: Al observar las técnicas familiares de confusión, lo importante es que el portador del síntoma puede quedar sujeto a mensajes conflictivos respecto al poder y la responsabilidad. Cuando estos mensajes convergen en un momento determinado en torno de una cuestión específica de conducta, la persona puede quedar atrapada entre dos prescripciones invalidantes e incapaz de percibir una solución que las supere, puede quedar sumido en la confusión y experimentar finalmente una respuesta sintomática.
 - c.- Evocación de partes del sí-mismo. Esto opera a través de la evocación simultánea, o en rápida sucesión, de aspectos del sí mismo contradictorios, cada uno de los cuales está rígidamente definido dentro de jerarquías diferentes. También puede producir disociación.
 - d.- Desdibujamiento de fronteras: Ritterman (1988), afirma que existen distintos modos de inducción a través de técnicas de desdibujamiento de fronteras. Por ejemplo, la familia puede recurrir a semejanzas que pueden estar basados en rasgos de temperamento reales aunque sutiles que están incorporados a la trama de los modelos de alianzas familiares, y luego irradian con un tremendo tinte de sugestión.

- e.- Descripciones directivas. Se basa en la descripción que suele hacer la familia de la persona portadora del síntoma.
- 4.- Iniciación de una búsqueda inconsciente; continuidad sugestiva: "Piensa siguiendo esta línea".
- a.- Palabras señalizadoras. La familia es un sistema organizado con reglas funcionales. Este sistema brinda una continuidad afectiva subyacente a la vida familiar, en función de sus metamensajes. La palabra señalizadora se convierte entonces en un signo económico, una especie de versión taquigráfica, y no hace falta reiterar la secuencia inductiva original.
 - b.- Combinación asociativa de sucesos pasados con proyecciones futuras. Un aspecto afín, pero levemente distinto, de la señalización es la activación de aquellos procesos que retrasan el reloj subjetivo de los individuos hacia el pasado. El poder inductivo de una referencia de este tipo radica en:
 - Su mención sin explicaciones, lo que conserva el carácter de palabra privada.
 - El hecho que reviva ciertos recuerdos.
 - La combinación de estos recuerdos y asociaciones con acontecimientos futuros previstos.
 - c.- Historia compartida; también público versus privado.
- 5.- Movilización de asociaciones personales que conducen a la activación de componentes del síntoma.
- a.- Intercalación. En esta técnica, descrita en el trabajo de Erickson (1954,1980), ocurren por lo menos dos niveles de conversación al mismo tiempo, entrelazándose.
 - b.- Integración de mensajes aparentemente incongruentes. Los que la persona, al no poder conciliar los contenidos, integra en un

metamensaje único de naturaleza sintomática.

c.- Partes de sí-mismo; también palabras señalizadoras.

Este modo de conceptualizar la génesis y mantención del síntoma basado en el paradigma de inducción de Erickson-Rossi (Erickson y Rossi; Rossi, 1976) deja, en el contexto de la terapia familiar, abierta la posibilidad de otras tantas intervenciones conrainductivas.

3.2.3.- Un enfoque complementario.

De modo similar a este último enfoque, el psiquiatra argentino Reynaldo Perrone afirma que en las situaciones extremas de violencia, de castigo, de relaciones complementarias, de desigualdad en términos relacionales, en las situaciones de abuso sexual repetido, existe un estado que se puede definir como de conciencia modificada. De acuerdo a la reconstrucción y análisis de la experiencia de mujeres sobrevivientes a la experiencia de incesto, podemos definir este estado como un estado de *trance*.

La característica del *trance* es que durante él se observa una focalización de la atención, el derrumbe de la capacidad crítica y una modificación de la percepción. Como la percepción está modificada, existe modificación del estado de conciencia y estado de extrañeza, lo que facilita inducir sugerencias y transmitir consignas. Frente a esto, el sujeto se ve incapacitado de ejercer una crítica. (Perrone, 1994, comunicación personal)

La focalización de la atención sobre una idea, gesto, o mensaje determinado actúa como clave asociativa para *el estado de conciencia modificado*, facilitando la perpetuación del abuso.

Lo original en la interpretación de Perrone es su afirmación acerca de los alcances de esta influencia.

La hipótesis de este investigador es que el *estado de trance no involucra solamente a la víctima, sino que el abusador realiza operaciones*

para poner en estado de trance a todo el resto de la familia. Cuando se observa el contexto familiar se puede apreciar que la madre está ciega, como si produjera alucinaciones negativas. El hermano que duerme en la misma habitación no escucha, la madre no se acuerda, padece de amnesia. Existe un estado de trance colectivo. También otras personas pueden participar de este ritual, por ejemplo, la madre puede incitar al niño a obedecer o puede mostrarle con su negación cuál es el modelo que tiene que seguir, invitándolo a bloquear su crítica, diciéndole "no pienses, lo que estás pensando no es bueno." Cuando el abusado percibe la situación e intenta un contacto con el exterior, la madre o la abuela pueden invitarlo a dudar de su capacidad de observación (Perrone, 1994).

Estas operaciones son espontáneas e intuitivas por parte del abusador. El no sabe realmente lo que está haciendo, nadie le enseñó, él descubre de una manera empírica el efecto que tienen sus gestos, su mirada, su comportamiento, en fin, él se ve actuar como un maestro de ceremonias. Sus gestos producen fascinación, sorpresa, perplejidad, y a veces el efecto es tan intenso que el niño no puede entender en qué contexto debe comprender y leer lo que está pasando. El abusador descubre su poder y se convierte en una especie de "brujo doméstico." Esta influencia es lo que Perrone denomina "*Hechizo.*" (Perrone, 1994)

En el contexto de la propuesta terapéutica de Dolan, que será examinada en detalle en el capítulo cinco, el *sistema terapéutico*, distinto del *sistema familiar* entre otras cosas por su carácter temporal, tiene una meta y un propósito: resolver el problema que se encara. Este, incluye como mínimo al terapeuta, el problema, al menos una persona que se define como cliente y, las relaciones entre todos ellos. De acuerdo al principio de totalidad el cambio del sistema familiar o cualquier subsistema en consideración del cual la paciente forme parte puede ser promovido por cambios en el sistema terapéutico, lo que permite hacer *terapia de sistemas sin contar con la familia en pleno*, sino sólo con la persona que manifiesta tener el problema (queja)

y su problema, (de Shazer, 1991, pp.180).

De cualquier manera, en ambos contextos, las intervenciones hipnóticas aparecen especialmente indicadas, (Ritterman, 1988; Dolan, 1991; Perrone, 1996).

3.3.- EL IMPACTO INDIVIDUAL.

En esta parte del estudio se examinará la psicopatología individual observada en víctimas de abuso sexual durante la infancia, resaltando la conveniencia del uso de la categoría "estrés post-traumático" como un criterio de utilidad para la agrupación de la sintomatología. Se expondrá, además, la teoría de Rossi como el hilo conductor que permite un marco integrador de dicha sintomatología en torno a la disociación como fenómeno central.

3.3.1.-ASPECTO PSICOLÓGICO.

Como ya se mencionó, las secuelas del abuso sexual son múltiples y afectan a una amplia gama de áreas de la vida de la persona, quien no sólo sufre distintos grados de daño físico y social- estigmatización, automarginación- sino que se puede afirmar que su biografía total es afectada en forma drástica y radical a causa de esta experiencia y la sintomatología concomitante que puede presentarse ya sea en forma inmediata, como en distintos períodos y circunstancias de la vida de la persona y durante extensiones variables de tiempo (Dolan, 1991).

Esta variabilidad tiene su origen en distintas fuentes, dependiendo de la severidad del trauma, la frecuencia y duración del abuso así como la relación con el agresor, reacción de los otros significativos al develamiento del abuso y recursos de su red social, por una parte, y de características y recursos propios de la personalidad de cada sujeto, por otra, teniendo la etapa de

desarrollo cognitivo una importancia especial, dado que a cada una de estas etapas corresponde un modo particular de percibir y significar el mundo.

El grado y duración de la sintomatología es mayor y sus efectos más destructivos si la victimización incluye violencia y coerción y es perpetrado por miembros altamente valorados de la familia y en quienes se han depositado altos grados de confianza, y si el abuso se ha extendido por períodos largos de tiempo. A la inversa, la sintomatología es menor cuando el abuso ha sido de corta duración, si la víctima ha recibido un fuerte apoyo familiar durante la etapa del develamiento y especialmente si la responsabilidad ha sido puesta con claridad sobre la persona del abusador y éste la ha aceptado, ya sea de propia iniciativa o como consecuencia de intervención familiar o judicial. (Dolan, 1991, pp.2; Poblete y Varas, 1994, pp. 207)

Estas características individuales y propias de la circunstancia que rodea a la agresión tienen también como consecuencia que el trauma puede quedar amnésico, parcialmente amnésico o no amnésico, lo que tiene importantes implicaciones tanto para la víctima como en el modelo y la propuesta terapéutica.

Es desde este punto de vista que el abuso sexual es similar a otras experiencias traumáticas y sus secuelas semejantes a las que se presentan típicamente luego de desastres u otros estresores psicológicos extremos, tales como experiencias traumáticas de guerra, inundaciones, huracanes, accidentes de aviación o automovilísticos, tornados, terremotos y asalto físico y sexual.

De este modo, Dolan (1991) estima conveniente la aplicación de los criterios del DSM-3-R para los desórdenes del Síndrome de Estrés Post-Traumático en los casos de abuso sexual. Dichos criterios son:

- i.- La existencia de un evento psicológicamente angustiante, que evocaría disturbios significativos en la mayoría de las personas.
- ii.- Re-experiencia mental del trauma, a través de sueños recurrentes del evento estresante, o "fogonazos de recuerdos"

(*flashbacks*: recuerdos sensoriales que irrumpen involuntariamente), de la situación traumática original.

iii.- Una "paralización general de la disposición a responder", a evitar el mundo externo: disociación, retirada, afectos restringidos o una pérdida de interés en los asuntos cotidianos.

iv.- Una amplia variedad de síntomas o reacciones:

Perturbaciones del sueño, dificultades de concentración, problemas de memoria, culpa irracional, extrema alerta a los peligros del ambiente, y una intensificación de los síntomas al ser expuesto a una situación que reconstruye el evento original. (Dolan, 1991, pp.4.).

La utilidad de asimilar las secuelas del abuso sexual a las del estrés post-traumático se derivan de la posibilidad de aplicar diseños terapéuticos que han demostrado ser efectivos en estas situaciones.

(Los nuevos criterios del DSM-IV se pueden encontrar en el Apéndice F).

3.3.2.-LA PERSONA ABUSADA. La teoría de la disociación de Rossi.

A continuación se describirá el modo particular en que esta sintomatología post-traumática se presenta en la víctima de abuso sexual:

3.3.2.1.- Respuesta disociativa: Una perspectiva psicobiológica.

La disociación sería una respuesta defensiva natural que se produciría en todas aquellas circunstancias amenazantes para la sobrevivencia del organismo (Rossi y Cheek, 1988); que, dependiendo de la severidad del caso, la extensión de tiempo durante la cual se produjo el abuso o de la edad de la víctima, tendrá distintas

consecuencias sobre aquella:

Durante la infancia, un asalto sexual es un hecho de comunicación paradójal (Lienhart, citado por Rossi, 1986, pp. 51-54), lo cual coloca al afectado en un estado de confusión mental (o estado hipnoidal). La víctima es incapaz de elaborar la naturaleza doble vinculante de los mensajes que está recibiendo, y éstos, por lo tanto, quedan fragmentados. Cheek, (en Rossi, 1986) afirma que "las personas caen en estado de trance espontáneo bajo las circunstancias de estrés traumático."

Según Rossi (1987/1993, 1990/1993, 1993), en una situación de amenaza para el individuo, los procesos psicobiológicos del Síndrome General de Adaptación de Selye, con la consecuente liberación de hormonas durante las fases de alarma y resistencia, poseen la capacidad de encodificar memoria y aprendizajes. Una vez pasado el evento estresante, la experiencia, incluida la memoria, queda asociada a este estado psicofisiológico original, resultando disociada, y por tanto, amnésica en distintos grados para la conciencia. Aquellos estímulos internos o externos similares a los de la situación original, evocarán las mismas respuestas fisiológicas originales (Aprendizaje Dependiente del Estado). Esto explica el gran compromiso psicósomático de los *flashbacks* (producidos por escenas de violencia sexual en cine o televisión, experiencias sexuales en general, masajes, ejercicios de focalización sensorial).

Desde el punto de vista de Lienhart (en Rossi, 1986), es posible elaborar una nueva teoría en relación al rol del abuso sexual en la génesis de los desórdenes de personalidad múltiple. Afirma que aquella parte de la personalidad que no puede enfrentar un suceso en extremo angustiante se disocia y luego queda amnésica. Esto afecta a la totalidad de la personalidad: la persona ya no es la misma.

En la infancia, esta amnesia puede ser total, y en la adultez

puede ser parcial, como ocurre cuando la persona sufre un evento estresante traumático (Rossi, 1987/1993).

La naturaleza inconsciente de estas respuestas disociativas disfuncionales hace que las intervenciones hipnóticas sean especialmente adecuadas, ya que éstas respuestas existen en el cliente como parte de un repertorio altamente desarrollado de habilidades disociativas inconscientes que pueden ser utilizadas como recursos terapéuticos más que como constricciones de personalidad.

Existen varias señales de que una persona se encuentra experimentando un estado disociado:

- Un alargamiento en el tiempo de respuesta normal, como si la persona estuviera "en algún otro lugar."
- Una detención del movimiento corporal acostumbrado o economía de movimientos.
- Un repentino aplanamiento de los afectos o aparente paralización de la respuesta emocional.
- Pupilas dilatadas.

Un grado mayor de disociación incluye lapsus, en los cuales la persona puede interrumpir su discurso olvidando de qué estaba hablando o aquello que se le acaba de preguntar. Este tipo de disociación puede constituirse en una seria limitante al desempeño académico o laboral.

El nivel más agudo lo constituye el desorden de personalidad

múltiple¹. Algunos signos de la posible presencia de estos desórdenes incluyen: desórdenes disociativos (especialmente cuando datan de la primera infancia), una historia de pérdidas de conocimiento, visiones hipnogógicas, alucinaciones auditivas experimentadas como provenientes del interior de la cabeza de la persona, distorsiones de tiempo, amnesias lacunares, dolores de cabeza severos, despersonalización y desrealización, síntomas conversivos histéricos y fobias.

Los cambios de personalidad pueden hacerse evidentes para parientes o amigos que hayan presenciado el momento de la transición y a menudo pueden ser precedidos por dolores de cabeza severos. Las distintas personalidades pueden mostrar distintos modales, estilos de vestir, patrones del discurso y valores (Dolan, 1991, pp. 115).

3.3.2.2.- Las pesadillas recurrentes, también tendrían relación con eventos dependientes del estado, interpretándose como expresión de la mente inconsciente para resolver este aspecto traumático de la vida (Rossi, 1985). Estas manifestaciones, al igual que los flashbacks, pueden ser interpretados como intentos inconscientes de desensibilización a través de repetición; sin embargo estos aparentes intentos, así como la amnesia total o parcial, rara vez son exitosos (Dolan, 1991).

3.3.2.3.- Las perturbaciones del sueño. Dolan (1991), postula que estos encontrarían su origen en las asociaciones sexuales de la cama y eventualmente otras claves como la oscuridad, la noche, etc. Por otra parte, dada la naturaleza de las pesadillas experimentadas por adultos anteriormente víctimas de abuso, no es de sorprender la alta frecuencia de trastornos crónicos del sueño.

¹ Trastorno de identidad disociativo, según el DSM-IV.

3.3.2.4.- La paralización o retirada psicológica, es un síntoma frecuente. Se puede hipotetizar que esta reacción tiene su origen en los intentos de la/el sujeto para escapar de las sensaciones traumáticas y sentimientos durante el abuso. Esta reacción disociativa podría hacerse automática y generalizada a otras situaciones evocadoras de ansiedad, llegando a ser un impedimento severo en su vida diaria. La restricción de los afectos, presente como una defensa espontánea en situaciones de gran compromiso emocional, limitaría las posibilidades de la sobreviviente de encontrar el reaseguramiento afectivo que tanto necesita.

Ante los otros esta persona aparecerá como fría e insensible.

Alternativamente, la tendencia aprendida de las sobrevivientes de hacerse cargo de los otros, autosacrificándose, remitible al rol de protectoras de la unidad familiar en los casos de abuso al interior de la familia de origen, puede, en el contexto descrito, conducir a que estas personas puedan ser percibidas como especialmente fuertes, viéndose involucradas frecuentemente en relaciones abusivas y de explotación, lo que también opera en el sentido de privarlas de apoyo y afecto.

La paralización o retirada psicológica es básicamente una disminución de la experiencia sensorial y emocional del ambiente inmediato. Puede ser entendida como una respuesta aprendida originada en los intentos de escapar de las sensaciones y sentimientos traumáticos durante el abuso. Puede de este modo interferir la percepción de peligro y/o evitar que la persona pueda emprender las acciones necesarias para evitar posteriores victimizaciones.

De la misma manera, puede ser la base sobre la cual madres de futuras víctimas de incesto pueden fracasar en reconocer las señales de peligro y actuar protegiendo a sus hijas o hijos, extendiéndose el abuso en forma transgeneracional (Dolan, 1991).

Otros síntomas disociativos son la despersonalización, la

desrealización y las experiencias de estar fuera del cuerpo o desdoblado, particularmente durante los encuentros sexuales, como también lo son la vivencia de estar desconectado del ambiente en posición de observador y lapsus de memoria temporales e inexplicables en los cuales parece no haber acceso si quiera a detalles comunes de la vida diaria (Dolan, 1991).

3.3.2.5.- La culpa irracional es común, junto con la desesperanza ante el futuro, e incluye otras distorsiones perceptuales o efectos cognitivos que afectan negativamente la percepción y comprensión de sí mismos, los otros y el futuro. A los síntomas anteriores debe agregarse la desconfianza, especialmente hacia miembros del mismo sexo del agresor, la culpa ya mencionada, autoimagen negativa y percepción de indefensión.

En sistemas familiares incestuosos, es decir en aquellos en los cuales se dan interacciones colusivas inconscientes, que involucran fantasías incestuosas (Pincus y Dare, 1978) y en los cuales el incesto es conocido aunque no reconocido, suele culparse en forma implícita o explícita a la víctima. El secreto familiar opera también, de modo indirecto pero efectivo, comunicando a la víctima que hay algo infamante en verse involucrada en la situación de abuso (Dolan, 1991).

Otros investigadores sugieren que la autoculpabilidad surge de la creencia que la afectada hizo algo que facilitó el abuso. Esta interpretación se basa en el concepto de que "hacer algo que propicie el abuso" puede cumplir la función de evitar enfrentar la ansiedad que surgiría de aceptar la naturaleza aleatoria e imprevisible del ataque, reservando para la víctima algún rastro de control, constituyéndose en un intento desadaptativo de conservar la integridad psicológica.

- 3.3.2.6.- Los comportamientos autodestructivos y automutilatorios son también síntomas frecuentes en sus distintas variedades. Estos comportamientos abarcan una amplia gama, que va desde conductas socialmente desadaptativas hasta dramáticas automutilaciones. Se han reportado frecuentemente problemas escolares, laborales y abuso de alcohol y drogas. Las automutilaciones se refieren a actos deliberados de causarse lesiones a sí mismo, tales como infligirse cortes con cuchillos o navajas, quemarse el cuerpo con cigarrillos, arrancarse el cabello, y morderse dedos y uñas hasta sangrar o provocarse infecciones. Algunos pacientes reportan que algunos actos de automutilación son una forma de reorientarse al presente y poner fin a los *flashbacks*, para reconectarse con sentimientos de ser "real" (Dolan, 1991). Se ha señalado, también, frecuente ideación suicida, la que se presentaría en un 27% de los casos, según estudios llevados a cabo en EE.UU. (Frank y Duffy, 1984; Escaff, comunicación personal).
- 3.3.2.7.- Desórdenes del apetito: También han sido reportados en algunas personas abusadas. Se ha descrito bulimia y parece haber relación con el comer compulsivo y la anorexia (Dolan, 1991).
- 3.3.2.8.- Compulsiones sexuales: Esta conducta que muestran algunas víctimas de abuso sexual, tendrían relación con una forma aprendida de comportamiento autodestructivo, que fueron elicitados y reforzados por la victimización sexual. Estos comportamientos pueden ser descritos como la imposibilidad de la víctima para identificar, evitar o rechazar parejas potencialmente abusivas en lo sexual y prácticas sexuales autodestructivas (Dolan, 1991).

Dado que los comportamientos seductores pueden haber sido repetidamente elicitados y reforzados como parte de un anterior abuso

sexual, los adultos sobrevivientes pueden conducirse de modo seductor sin percatarse conscientemente de lo que hacen. O pueden flirtear deliberadamente porque los mensajes que recibieron durante su victimización implicarían que su sexualidad es lo único que tienen para ofrecer a cambio del supuesto potencial nutricio de una relación. Esta noción, por parte de la persona abusada, de que el sexo es todo lo que tiene para trocar, puede ser la explicación del alto porcentaje de personas previamente abusadas entre quienes se dedican a la prostitución (Dolan, 1991).

3.3.2.9.- Comportamiento manipulativo: Esta conducta observada en muchas pacientes víctimas de abuso sexual, podría explicarse por el hecho que han aprendido que no puede esperarse que la gente sea buena con ellas, a menos que dé algo a cambio y que sólo pueden despertar interés desde una perspectiva sexual. Esto puede explicar comportamientos manipulativos y que en muchos casos estos sujetos se presenten como "límitrofes" (Dolan, 1991). De hecho, el comportamiento manipulativo sumado a fenómenos disociativos, aspectos histriónicos, conductas antisociales y adicciones hacen que la persona abusada se encuentre en alto riesgo de ser diagnosticada dentro de la categoría de "desorden de personalidad borderline", con todo lo de desmoralizante que ello conlleva tanto para el cliente como para el terapeuta.

3.3.2.10.- Las disfunciones sexuales son un síntoma frecuente en las víctimas de abuso sexual. En caso de mujeres adultas víctimas de un asalto sexual, las conductas sexuales de su pareja elicitarán respuestas de ansiedad ligada al estado; y en las mujeres adultas que fueron abusadas en la niñez, puede gatillar *flashbacks* físicos. Se ha reportado con frecuencia la anorgasmia y la dispareunia como síntomas comunes, en un 46%

y 60% respectivamente, según un estudio de Maltz y Holman (1987).

3.3.2.11.- El sentimiento de desesperanza o impotencia para influenciar sus propias vidas es otro síntoma frecuente (Dolan, 1991).

Este y otros síntomas depresivos son comunes después del asalto sexual. Luego de los tres primeros meses estos disminuyen para estabilizarse a los seis o doce meses. Es notable que los síntomas depresivos experimenten un aumento un año después del asalto (Frank y Duffy, 1984; Escaff, comunicación personal, 1992) lo que podría deberse a claves ambientales que eliciten la aparición de reacciones asociadas al estado original.

4.- UNA PEQUEÑA REVISIÓN DE MODELOS DE TRATAMIENTO ACTUALMENTE EN USO.

En este capítulo se hará una breve revisión de los dos modelos de tratamiento específico para el abuso sexual que se pueden distinguir en nuestro país. Antes de ello se hace una breve exposición acerca de las metas en terapia.

Según Whittaker (1984), el tratamiento de los trastornos mentales a través de la administración de técnicas psicológicas, usualmente en un ambiente de intercambio verbal entre dos o más personas, recibe el nombre de "psicoterapia".

De acuerdo al mismo autor, los objetivos de la psicoterapia serían ayudar a la persona a mejorar su repertorio de reacciones a los desafíos de la vida cotidiana a través de un aumento de la autocomprensión de sus sentimientos y motivaciones, el aumento de su nivel de autoestima, aceptación de sí mismo y el desarrollo de modalidades más efectivas para enfrentar sus problemas.

Madanes, (1993), reflexionando acerca de las metas comunes a cualquier modalidad de psicoterapia afirma que todas las terapias tienen algunos objetivos comunes.

Ella propone los siguientes:

- a.- Controlar la acción. La mayoría de las personas que acuden a terapia estarían interesadas en cambiar su propia conducta, o la de otros allegados. Sus preocupaciones emanan de no poder evitar comportarse de modo perjudicial para ellos mismos o para otros. Alentar el control de la conducta es un principio explícito de la psicoterapia. Los terapeutas quieren promover el control deliberado de la conducta por el individuo actuante, y no por otros o por sus propios impulsos incontrolables.
- b.- Controlar la mente. Cuando las personas acuden a terapia sin interés en cambiar su conducta, la motivación suele ser cambiar el modo como piensan o sienten. La queja de las personas es en estos casos la angustia, miedos, desilusión, pensamientos obsesivos, tristeza u otros. La tarea del terapeuta consiste principalmente en cambiar el contexto personal para que cambien los pensamientos y sentimientos. "Lo que importa es que el terapeuta estimule la disciplina de la

emoción y el pensamiento controlados, el control de la mente para que los pensamientos negativos sean reemplazados por otros positivos, y la gente no pierda tiempo obsesionada en una idea desagradable e improductiva", (Madanes, 1993, pp. 27).

- 3.- Controlar la violencia y la cólera. Esta no suele ser una meta explícita de la terapia. Pero de todas las acciones y sentimientos que hay que controlar, estos son los más importantes. Las personas que acuden a terapia interesadas en el cambio desean sacar de sí lo mejor que tienen. Los terapeutas de todas las escuelas luchan por extraer lo bueno de una persona, y ninguno intenta promover la violencia y la cólera.
- 4.- Alentar la empatía. La empatía es la capacidad de ponerse en el lugar del otro, y empatizar con las desdichas del otro es lo que posibilita la terapia. Esta misma capacidad es lo que hace posible el vivir en familia y en último término en la sociedad. Los terapeutas alientan la empatía como parte de una vida equilibrada y emocionalmente satisfactoria. Del mismo modo, compartir los sentimientos desarrolla la inteligencia, el sentido de la justicia y la creatividad al permitir a la persona vivenciar una gama de experiencias superior a la de una vida individual.
- 5.- Estimular la esperanza y el humor. Madanes, postula que en terapia siempre existe la posibilidad de que un problema se resuelva. El terapeuta debe diferenciar sus propias limitaciones e ignorancia para resolver un problema de la posibilidad de que el problema se resuelva con independencia de sus actividades. Si el terapeuta tiene la capacidad de conservar una actitud de honesto optimismo, las personas que acuden a terapia pueden albergar esperanzas acerca de sus vidas. La tarea del terapeuta es crear un marco en el que se puedan obtener metas, y en el que la esperanza sea posible.
- 6.- Promover la tolerancia y la compasión. El estímulo explícito de la

tolerancia fomenta las buenas relaciones entre padres e hijos, marido y mujer, amigos, vecinos y compañeros de trabajo, bloqueando el la invasión del otro que suele tener sus raíces en sentimientos de angustia, miedos y perturbaciones emocionales. La tolerancia y la compasión crean un ambiente protector en el que la persona joven puede desarrollarse según sus propios valores. La intolerancia y la intrusión conducen a la exclusión, el castigo y el control por otros.

- 7.- Estímulo del perdón y la bondad. Estimular la bondad concuerda con todos los modelos terapéuticos. La práctica del altruismo está en la base de toda terapia, puesto que la terapia es en sí una vocación que requiere el interés de beneficiar a los demás. Por otra parte, las buenas acciones promueven la autoestima y mejoran las relaciones interpersonales. La bondad y la compasión, la empatía y el perdón, no son cualidades del individuo sino interacciones que se desarrollan y se mantienen dentro del contexto de lo relacional.
- 8.- Promover la armonía y el equilibrio. Una meta importante, para todas las personas que acuden a terapia, es llevar una vida equilibrada y en armonía, y no en conflicto. Algunas personas eligen objetivos vitales que entrañan conflicto y rebelión, pero incluso ellas pueden vivir en armonía y encontrar el equilibrio, al conseguir que el conflicto forme parte de un todo armonioso.

Sin embargo, en términos de la teoría y la práctica terapéutica, coexisten distintos abordajes que implican diferentes concepciones antropológicas y, consecuentemente, distintos modelos del funcionamiento de los procesos mentales.

Sin pretender introducir una discusión acerca de estos supuestos y modelos teóricos, lo que excede el propósito del presente trabajo, se expondrá a continuación en forma sucinta los dos modelos de tratamiento específico que se pueden identificar a nivel de las instituciones que en este momento se encuentran trabajando el tema del abuso sexual. Deliberadamente se ha excluido la psicoterapia de orientación

psicodinámica dado que, aunque practicada con profusión, no se distinguen desarrollos específicos que justifiquen su inclusión en este trabajo.

Ver Apéndice G.

4.1.- MODELO DE TRATAMIENTO DE ORIENTACIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL.

Este modelo podría encontrar su expresión más representativa en la propuesta de tratamiento utilizada en el Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales, C.A.V.A.S, de la Policía de Investigaciones de Chile.

Este tratamiento puede ser dividido en dos aspectos diferenciados:

Uno dirigido a la sintomatología de tipo depresivo, de orientación cognitiva, y otro dirigido a los aspectos ansiosos de la sintomatología con una orientación conductual.

El primer aspecto de esta terapia apunta a la corrección de las interpretaciones cognitivas, actitudes, creencias, expectativas y atribuciones, distorsionadas de la realidad hechas por la persona a consecuencia del abuso. Estas evaluaciones erróneas de la realidad, especialmente generalizaciones y sobredimensionamiento de ciertos aspectos en detrimento de otros, generan comportamientos desadaptativos que llegan a interferir fuertemente el desempeño normal de la víctima convirtiéndose en conductas sintomáticas invalidantes.

Luego que se establece esta categoría de síntomas se aplican distintas técnicas cognitivas para su corrección.

El objetivo terapéutico central se constituye así en la eliminación de barreras que han impedido a la persona sacar provecho de sus experiencias y desarrollar modalidades más eficientes de abordaje a problemáticas tanto internas como externas. Se trata de corregir la selección, procesamiento y retención de información, por parte de la víctima.

Las técnicas cognitivas utilizadas tienen como objetivos:

- a.- Facilitar la identificación de los esquemas cognitivos que generan y mantienen los desajustes depresivos.
- b.- Establecer la relación entre los pensamientos por una parte, y los afectos y conductas, por otro.
- c.- Aprender a asignar a los pensamientos la categoría de hipótesis en lugar de hechos fácticos.
- d.- Aprender a someter a prueba y evaluación estas hipótesis.
- e.- Aprender a identificar los supuestos subyacentes, creencias, a estas hipótesis.
- f.- Intentar demostrar al paciente que las reglas que componen su sistema de creencias es inadecuado.

El segundo aspecto de esta terapia se relaciona con aspectos de aprendizaje por condicionamientos adquiridos durante la victimización.

Los temores aprendidos se extienden, por un proceso de generalización de estímulos, a situaciones que semejan las circunstancias de la situación traumática. Las conductas resultantes, ansiedad leve, crisis ansiosas con gran compromiso fisiológico y conductas de evitación, se constituyen así en serios obstáculos tanto para el desempeño normal de la persona como para el desarrollo normal de la terapia, teniendo su remoción una importancia primordial en el tratamiento.

A objeto de la extinción de tales respuestas se utiliza la llamada "Desensibilización Sistemática", fundamentada en el principio de la incompatibilidad de la relajación profunda con los estados de ansiedad.

El procedimiento para el aprendizaje de esta técnica se divide en tres etapas:

- a.- Entrenamiento en relajación.
- b.- Construcción, por parte del paciente, de una jerarquía de situaciones aversivas.
- c.- Procedimiento de desensibilización, durante el cual se busca producir el contracondicionamiento presentando al paciente, en forma graduada

y con la ayuda de imaginación, los estímulos aversivos mientras se encuentra en estado de relajación profunda.

4.2.- MODELO DE TRATAMIENTO DE ORIENTACIÓN FAMILIAR SISTÉMICA.

Este tipo de terapia puede ser encontrada principalmente, y con distintas variantes, en el Centro de Atención a la Familia en Crisis, del Hospital Luis Calvo Mackenna, o en el Programa de Maltrato Infantil del Consultorio de Psicología de la Universidad Católica de Chile. La modalidad descrita a continuación está relacionada con la llamada escuela de Washington, desarrollada en el Instituto de Terapia Familiar de Washington, dirigido por Jay Haley, que hace de la dimensión de las relaciones de poder y las jerarquías al interior de la familia, el objeto principal de sus intervenciones, (Madanes, 1989).

El punto de partida de este tipo de intervención se asienta en la concepción de que dada la crisis en el sistema familiar provocada por el abuso, el papel del sistema terapéutico consiste en la amplificación de dicha crisis, en lugar de su reducción, a objeto de crear las condiciones necesarias para la generación de un nuevo equilibrio.

Si revisamos lo que sucede al interior de la familia enfrentada a la situación de abuso encontramos que inicialmente el sentimiento predominante, tanto en el padre como en la madre, es dolor al que siguen rabia y pena, siendo la primera más acentuada en el padre y la segunda en la madre.

Luego de esta etapa se hacen presente sentimientos de miedo; en la madre con un fuerte componente de culpa por no haber sido capaz de evitar el abuso y en el padre con un sentimiento de pérdida de autoridad originado en la incapacidad de generar respuestas adecuadas.

Posteriormente, la pérdida de privacidad que atraviesa a la familia opera en el sentido de inducir sentimientos de vergüenza lo que conduce al sistema a la

confusión.

Cuando el agresor es el propio padre se encuentra también una severa ambivalencia.

Estos sentimientos, producto del propio abuso, generan una fuerte tendencia a la minimización. Si la agresión es intrafamiliar suele agregarse la negación de la situación de abuso.

Como efecto residual encontramos miedos, aislamiento y pérdida de la confianza en el mundo externo, en la madre. El padre, por otra parte, recibe la información mediatizada por la madre quien actúa a modo de "filtro". Si existen hermanos, se desencadena sobre ellos un alto nivel de sobreprotección y existe para ellos el riesgo de quedar atrapados dentro del sistema familiar.

Este es, pues, el estado en que se halla la familia en el momento de buscar ayuda externa en la terapia.

Existen dos niveles que es necesario distinguir dentro del modelo de intervención²:

- 1.- El nivel de intervención social, destinado al restablecimiento del orden en términos de las jerarquías y derechos de la totalidad de los miembros del sistema familiar, dado que el abuso constituye una alteración grave en el uso del poder.
- 2.- El nivel de intervención terapéutica propiamente tal, destinado a la reparación.

² Extracto de la ponencia de la Psicóloga y terapeuta familiar Marisol del Pozo, durante el seminario "Prevención de Abuso Sexual a Menores", organizado por el Centro de Salud Mental de la Comuna de Santiago, a ser publicada durante 1996. Santiago, 7 de Agosto de 1996.

Se destaca la conveniencia de que exista un profesional distinto para cada nivel de intervención.

4.2.1.- La intervención social.

A.- En primer lugar debe asegurarse la protección de la víctima al menos respecto de:

- a.- El riesgo de reabuso
- b.- El impacto de la revelación.

El modo de conseguir ambas condiciones implica la búsqueda y determinación de un adulto protector.

B.- En segundo lugar se encuentra la validación del caso. Esta consiste en:

a.- La recopilación de la información suficiente a través de:

- i.- Entrevistas con el niño.
- ii.- Entrevistas con otros miembros de la familia. Se excluye al agresor, o si tal entrevista es necesaria, se realiza sólo después de proceder a la entrevista de los otros integrantes partiendo siempre por la víctima.
- iii.- Pruebas médicas.

La condición fundamental para la recepción de un caso es tener la voluntad, y estar en condiciones de aceptar la responsabilidad del mismo, esto es, llevarlo hasta el final.

Esto implica:

- Aceptar la responsabilidad y poseer las herramientas para la validación del caso.
- Conocer cómo opera el abuso y poder evaluar cual es el estado de la

dinámica que afecta a la familia.

- Poseer suficiente contacto con las redes de apoyo y conocer el papel específico de cada una de sus partes, así como sus límites.

De esto se desprenden las condiciones que debe satisfacer el profesional, preferentemente un asistente social, que se hace cargo de esta etapa de la intervención.

- i.- Conocer en detalle los mecanismos y dinámicas implicadas en las situaciones de abuso.
- ii.- Tener la capacidad de evaluar el estado del sistema familiar.
- iii.- Conocer la Ley, tanto en su aspecto civil como criminal.
- iv.- Saber como validar un caso o en su defecto tener acceso a los recursos que permitan hacerlo.
- v.- Saber evaluar el tipo de protección que necesita el niño.
- vi.- Ser capaz de evaluar la urgencia del caso, es decir la necesidad de protección. Esto debe incluir:
 - Una primera evaluación destinada a determinar el estado emocional del niño.
 - Si existe una historia de violencia en la familia.
 - Si existen adultos protectores.
 - Si se dispone o no de redes de apoyo.

Entrevistas por realizar:

- Un lugar importante lo ocupa la entrevista con quien denunció ya que puede ser la persona que proteja al niño.
- Con el niño.
- Otros miembros de la familia.
- Con el agresor debe evitarse la entrevista excepto en caso de que ya se haya optado por creer o no en el niño, en caso contrario el resultado sería que el entrevistador quedaría atrapado en la confusión

que invade a la familia dado que éste probablemente negará el abuso.

Los pasos a seguir, a continuación, son:

- Decidir si la denuncia es válida.
- Promover la denuncia.
- Asumir la responsabilidad de acompañar a la familia a lo largo del proceso.
- Orientar a la familia acerca de los pasos a dar y sus consecuencias.

Llegado a este punto se puede proceder a la derivación a psicoterapia. Como pasos ulteriores se debe monitorear que la familia siga asistiendo a terapia, que el niño no sea reabusado y que la protección esté dando resultado.

4.2.2. Intervención terapéutica.

La estrategia terapéutica que se describe a continuación está destinada tanto a la víctima como a la familia e incluye al agresor.

- a.- El primer paso consiste en obtener un relato del abuso. El terapeuta reúne a la familia y solicita a los padres que describan en detalle lo ocurrido poniendo énfasis en quién le hizo qué a quién, cómo, cuando, con qué frecuencia. Luego se consulta a cada integrante de la familia lo que sabe. El terapeuta puede interrogar a la víctima pero sin presionarla. La presión ha de aplicarse al resto de la familia y al agresor.

Cuando todo el mundo dice lo que sabe, y lo que sabía, se genera una fuerte presión colectiva y al agresor le resulta muy difícil negar lo que hizo.

El principio básico que debe guiar la intervención es que no

debe haber secretos en este tipo de familias. Es justamente el secreto lo que ha posibilitado el abuso.

- b.- El segundo paso consiste en que el terapeuta pregunte a cada miembro de la familia en qué se comportó mal el agresor, empezando por éste mismo. Si el agresor responde que el problema consistió en infringir la ley, las normas religiosas o cualquier respuesta de este tipo, el terapeuta pedirá al resto de la familia otras razones. El objetivo es que la familia llegue a registrar lo violento, intrusivo y doloroso de la acción.
- c.- En el tercer paso, el terapeuta coincide con la familia pero introduce la idea de que estuvo mal hecho porque provocó un dolor espiritual a la víctima y que eso es más dañino.
- d.- El cuarto paso el terapeuta afirma que el ataque sexual también provoca dolor espiritual en el agresor y lamenta también el dolor de éste.
- e.- El quinto paso puede ser espontáneo y se produce cuando alguien de la familia afirma haber sufrido abuso sexual. Es poco frecuente que haya sólo una víctima y un agresor.
- f.- El terapeuta muestra comprensión y agrega, como sexto paso, que el agresor también causó dolor espiritual a otros miembros de la familia.
- g.- El paso séptimo consiste en que el agresor exprese, de modo que todos los presentes se den cuenta que es sincero, su arrepentimiento. El terapeuta utiliza toda la influencia de la justicia, si es necesario, dado que no es raro que el agresor se resista a lo que suele ser una

experiencia humillante. Esto debe repetirse hasta que todos estén seguros de que el arrepentimiento es real. La víctima puede perdonarlo si lo desea, aunque no debe ser presionada.

- h.- En el octavo paso, el terapeuta solicita que el resto de la familia exprese su arrepentimiento por no haber protegido a la víctima. Es importante que exista un desagravio humillante lo antes posible en el desarrollo de la terapia dado que establece que no es la víctima la culpable y que no tiene de que disculparse, que no importa lo que ella pudo o no haber hecho para evitar la situación y que no tiene que perdonar si no lo desea. La transferencia de poder que esto implica es el principio de no tener que verse a sí misma siempre como víctima.
- i.- En el paso noveno, se discuten las posibles consecuencias en caso de repetirse el abuso. El terapeuta estimula la discusión de aquellas consecuencias más duras para el agresor.
- j.- El paso décimo, se realiza sólo con la víctima, alentándola a hablar sobre el abuso expresando sus sentimientos. El terapeuta expresa simpatía pero introduce la idea de que las peores pruebas producen, en quienes las han sufrido, un nivel superior de calidad humana. El terapeuta orienta así a la víctima hacia la búsqueda de recursos en su vida, aficiones, habilidades o valores, a la vez que sitúa la agresión en un contexto temporal delimitado.
- k.- El décimo primer paso consiste en la búsqueda de un protector para la víctima, de ser necesario, dentro de la familia extensa. En este tipo de familias la madre suele no ser una buena protectora. En este caso un objetivo alternativo de la terapia debe ser su habilitación como tal, pero de cualquier modo esto sólo puede conseguirse hacia el fin del

proceso. La búsqueda de protectores puede extenderse a lo largo de toda la terapia.

- l.- El paso décimo segundo es la reparación. El terapeuta solicita a la familia que piensen en un acto reparatorio, dejando en claro que se trata de una reparación simbólica dado que nada puede compensar la violencia sexual. Esta reparación debe implicar un sacrificio prolongado, beneficioso para la víctima.
- m.- El paso trece consiste en la orientación de la conducta del agresor hacia una vida normal.
- n.- El paso décimo cuarto es la restauración del amor en la medida de lo posible. Este paso puede conseguirse a través de la recuperación de algún recuerdo positivo entre las partes.
- ñ.- El paso quince consiste en la restauración de la posición del agresor en la gerarquía familiar como protector, aunque no el principal, de los más débiles.
- o.- En el décimo sexto paso el terapeuta ayuda al agresor a perdonarse a sí mismo. Esta meta, en ocasiones muy difícil, puede conseguirse a veces a través de la realización de una buena obra de carácter permanente por parte del agresor .

Dada la gravedad de los efectos del abuso en la víctima la terapia no puede darse por terminada sin la organización de un período largo de seguimiento para asegurar la detección de cualquier señal de posible reabuso.

Los elementos que deben estar presentes a lo largo de toda la terapia son:

- El levantamiento del secreto. Todo secreto debe ser sacado a la luz aunque la familia intente restaurar alianzas ocultas.
- El segundo elemento es descartar cualquier idea de provocación. Esto suele verse reforzado cuando la víctima ha sentido placer durante la victimización. En este caso debe indicarse que ello forma parte de la ofensa y del abuso.
- El tercer elemento consiste en que el terapeuta debe recordar que en la mente del agresor el abuso se representa como una relación romántica. Esto implica que la etapa en la cual el agresor expresa su arrepentimiento debe repetirse cuantas veces sea necesario hasta que los implicados, familiares y terapeuta estén absolutamente convencidos de que el abuso no se repetirá en el futuro.

Los pasos descritos deben ser considerados como un esquema general susceptible de experimentar variaciones según lo indique la situación específica, (Madanes, 1993, pp. 64-75).

5.- PROPOSICIÓN TERAPÉUTICA.

En este capítulo se examinará la propuesta terapéutica de Ivonne Dolan. Ésta incluye como objetivos los siguientes:

- 1.- Proveer a la consultante de estabilidad o alivio de los síntomas relacionados u originados en el trauma del abuso.
- 2.- Alterar los sentimientos asociados a memorias del trauma de modo que estas memorias y/o *flashbacks* no sean tan penosas o intrusivas en la vida cotidiana de la paciente.
- 3.- Desarrollar una práctica, positiva y saludable orientación a futuro que resulte en patrones asintomáticos y en lo que la persona pueda considerar una vida satisfactoria.

El sentido de combinar hipnosis Ericksoniana y psicoterapia orientada a la solución radica en la posibilidad de acceder a las fuentes inconscientes de la sintomatología, a través de la primera de ellas, mientras la segunda facilita a la paciente el control consciente de sobre los mismos síntomas. De este modo, se transfiere poder o se habilita a la persona para resolver, o al menos mitigar, tales síntomas, así como para reconocer y utilizar gradualmente los recursos de que dispone para percibir y comportarse en el futuro.

La primera consideración pertinente en el tratamiento de traumas se refiere a si éste se encuentra amnésico o no-amnésico. En el primer caso, cuando el terapeuta llega a sospechar que se encuentra ante un trauma amnésico o parcialmente amnésico, debe tomar toda clase de precauciones antes de arbitrar técnicas que puedan tener por resultado el acceso a tales memorias, (v.gr., regresiones de edad), asegurándose de que el paciente y el mismo terapeuta cuenten con los recursos necesarios para contener y controlar, reencuadrando, las intensas abreacciones que suelen tener lugar. De no tomar tales precauciones, respetando los mecanismos de defensa inconscientes del (la) paciente, se podría incurrir en una nueva victimización (Erickson y Rossi, 1979; Hammond, 1990; Dolan, 1991, pp.

143).

Se debe considerar, además, que los recuerdos accesados a través de regresiones de edad hipnóticas no tienen garantía alguna de ser históricamente verdaderos (Orne, 1986; Perry et al., 1986; Relinger, 1986; Yapko, 1990).

En relación a esto último, aún no está claramente determinado si la hipnosis aumenta o no la tendencia de las personas a confabular involuntariamente o producir información inadecuada. Aparentemente esas confabulaciones son más probables en aquellos casos en los cuales la regresión de edad se obtiene buscando que el sujeto re-experimente algún evento en lugar de usar sugerencias simples en el sentido inespecífico de recordar.

Estas confabulaciones podrían ser producto de una necesidad psicológica del sujeto, la cual engañaría al terapeuta desprevenido.

Además, los recuerdos de diferentes períodos de la vida del paciente pueden combinarse o memorias reales entremezclarse con las creencias, fantasías o los miedos del sujeto. Por otra parte, el terapeuta, inadvertidamente y de buena fe, puede haber entregado claves que lleven al sujeto a recordar o revivir sucesos que no son verídicos.

Finalmente, el mismo terapeuta puede, con arreglo a su propio sistema de creencias, sembrar inadvertidamente en la mente de su paciente la posibilidad de ciertos eventos, los cuales obviamente encontrará en la regresión de edad (Yapko, 1990)³.

Es por estas razones que el presente estudio se dirigió exclusivamente a mujeres víctimas de abuso sexual en las cuales el episodio o episodios traumáticos se encontraban no amnésicos en sus aspectos fundamentales, es decir se renunció expresamente a intentar la recuperación de memorias no disponibles, aún cuando la sintomatología pudiera haber sugerido una investigación hipnótica al respecto.

Las estrategias generales propuestas para tratar casos de abuso sexual se basan

³ Una discusión adicional frente a este tema puede ser hallada en: Mardsen, Bob. (April, 1994). False Memory Syndrome-True or False?. *European Journal of Clinical Hypnosis*, N°3.

fundamentalmente en la disociación hipnótica y la hipermnesia, fenómenos hipnóticos que están a la base de las revisiones disociadas, a objeto de romper claves asociativas, y la progresión de edad para proyectar el tratamiento a futuro.

5.1.-LA TERAPIA ESTRATÉGICA E HIPNÓTICA DE IVONNE DOLAN.

Dolan, utiliza un enfoque de terapia estratégica orientada a la solución (de Shazer, 1991) combinada con técnicas hipnóticas⁴, para los casos de víctimas sobrevivientes de abuso sexual.

5.1.1.- Construcción de un tratamiento orientado a la solución.

El principio básico subyacente a este enfoque es el concepto de co-creación de soluciones entre el cliente y el terapeuta. Se basa en la convicción de que la persona lleva en sí los recursos internos que le permitirán, en su momento, construir soluciones altamente individualizadas y efectivas, desde el punto de vista de su singularidad, a los problemas que le traen a terapia.

La terapia orientada a las soluciones propone que la construcción de ésta es un proceso conjunto entre terapeuta y cliente, en el cual el terapeuta se hace responsable de transferir poder al cliente para crear y experimentar cambios terapéuticos efectivos de un modo único y significativo (Dolan, 1993).

Antes de iniciar la psicoterapia específicamente centrada en el trauma en los casos de abuso sexual, la persona debe adquirir cierto control físico y emocional. Las técnicas orientadas a la solución propuestas tienen como objetivo proveer un sentido realista de esperanza y estabilidad al paciente así como contribuir a reemplazar expectativas negativas por un sentido saludable

⁴ Erickson y Rossi, 1979; Erickson, Rossi y Rossi, 1976; Erickson "The Collected Papers", 1980.

y positivo del futuro. Estas técnicas son útiles al paciente, durante el tratamiento, para monitorear sus logros a la vez que le ayudan a establecer metas a futuro. Puesto que las soluciones no son predecibles en detalle y que existe más de un modo posible de comportarse en un futuro libre de dificultades, el nuevo conjunto de expectativas puede constituirse a partir de cualquier cambio saludable o satisfactorio. Cualquiera de estos cambios introduce una probabilidad de iniciar un efecto de irradiación en el futuro.

5.1.1.1.- Escala de recuperación y señales mínimas de recuperación. Con vistas a contribuir a crear un marco que desde el principio ponga de relieve aspectos positivos del presente de la paciente y que sirvan para construir un tratamiento, Dolan, ha desarrollado una Escala de síntomas de recuperación para determinar qué áreas de la vida de la paciente ya han comenzado a mostrar una mejoría (ver "Apéndice A"), redefiniendo el contexto hacia la esperanza y la curación.

La lectura de esta Escala conjuntamente entre terapeuta y paciente tiene por objeto ayudar a estos a identificar y comenzar a hablar acerca de aquellas áreas donde ya existen señales de curación antes del tratamiento, luego se invita a la paciente a especular sobre las señales de curación que ella o sus otros significativos advertirán después. Se puede, adicionalmente, dar la tarea de advertir en qué momento sucede y advertir cualquier otra mínima señal de curación que pueda acontecer.

El sentido de definir estas excepciones como mínimas ayuda a evitar a la paciente el riesgo de verse abrumada, especialmente en los inicios de la terapia, cuando puede presentarse demasiado desmoralizada, reduciendo el tamaño de la tarea, haciéndola por tanto más abordable. Esta escala fue construída utilizando las respuestas más frecuentemente reportadas por pacientes de Ivonne Dolan en términos de signos de curación, y se inspira en la escala de Identificación de

Soluciones desarrollada por Ron Kral en el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee en 1988 (Dolan, 1991, pp.31).

Desplazar el foco de atención desde los síntomas hacia los logros y fortalezas contribuye a redefinir la identidad de la paciente más allá del papel de víctima. Debe evitarse a toda costa, sin embargo, el riesgo de que la persona pueda percibir la intervención como un intento de minimización de su experiencia, dado que en los casos de abuso por conocidos o incesto es altamente probable que la paciente esté bastante familiarizada con este tipo de maniobras, pudiendo incurrirse en una revictimización.

5.1.1.2.- Pregunta Milagro. Dolan, utiliza también la llamada "pregunta milagro", desarrollada por de Shazer en el Centro de Terapia Breve de Milwaukee, a fin de permitir el despliegue de la creatividad de la paciente, usualmente muy desmoralizada, en una versión soluble de su problema "sin esperanza."

Dolan utiliza la fórmula:

"Si en medio de la noche ocurriera un milagro y Ud. se hubiese sobrepuesto a los efectos de su abuso sexual, al extremo de no necesitar más terapia y que se sintiera bastante satisfecha de su vida diaria, ¿Qué sería diferente?" (Dolan, 1991, pp 34).

Una vez identificadas las percepciones y conductas útiles a la terapia, se consulta cuáles ya están ocurriendo y se da la tarea de advertir cada vez que operan esos comportamientos a objeto de incrementar el sentido de control de la paciente. A continuación, la consultante puede incrementar esa sensación de control haciendo más de aquello que ha identificado como saludable, y repitiéndose pensamientos reaseguradores. Lo que parece relevante es que una vez que el paciente tiene una visión del éxito (la vida después que el motivo de la queja haya desaparecido) puede hacer espontáneamente algo distinto, de modo que aquel cuadro del futuro (o algún otro

futuro igualmente satisfactorio) pueda convertirse en realidad (De Shazer, 1991). Nuevamente es necesario evitar cualquier sensación de trivialización que la conducta del terapeuta pueda sugerir.

5.1.1.3.- Lista de cosas que continuarán. Otro recurso desarrollado por de Shazer y utilizado por Dolan, consiste en pedir a la paciente que elabore, entre la primera y segunda sesión, una lista de aquellas cosas de su vida diaria que le gustaría que continuaran.

La pregunta se ajusta al siguiente formato:

"Desde ahora y hasta la próxima vez que nos encontremos, me gustaría que observe, de modo que pueda describirme la próxima vez, lo que ocurre en su vida que Ud. quiere que continúe ocurriendo"

La finalidad de esta tarea es focalizar a la paciente sobre los recursos ya existentes que, adicionalmente serán utilizados a posteriori en la revisión disociada del trauma. Por esto es recomendable que la paciente lleve consigo esta lista en forma permanente, especialmente en las etapas iniciales del tratamiento, cuando la focalización en el trauma tiende a disociar a la persona de la seguridad y comodidad del presente, estando presente el riesgo de *flashbacks* o regresiones de edad espontáneas.

Algunos ítemes que pueden incluirse en esta tarea son:

- Trabajo
- Relaciones con otros significativos
- Aficiones
- Amistades
- Valores
- Destrezas y cualidades personales

5.1.1.4.- Otro acercamiento sugerido es la progresión de edad en vigilia⁵ a través de la siguiente pregunta:

Suponga que ha madurado hasta llegar a ser una saludable y prudente mujer mayor y que está mirando hacia atrás este período de su vida. ¿Qué piensa que esta maravillosa y prudente anciana le sugeriría para ayudarla a sobreponerse a esta fase actual de su vida? ¿Qué le diría ella que recordara? ¿Qué le sugeriría que sería más útil para ayudarla a sanarse de su pasado? ¿Qué le diría ella para reconfortarla? ¿Tiene ella algún consejo respecto a cómo esta terapia podría ser más útil y provechosa?.

Un modo de reforzar el efecto terapéutico de estas preguntas consiste en pedir a la paciente que escriba una carta, a modo de tarea, a la "sabia y prudente mujer mayor" acerca de las dificultades que enfrenta en el presente. Luego, se le pide que asuma el rol de ésta y responda con una carta ofreciendo comodidad, consejo e instrucciones útiles para superar este momento de su vida basada en lo que ha aprendido de su experiencia (Dolan, 1991).

5.1.1.5.- Preguntas constructivas individuales y sistémicas. Se utiliza, también, una serie de preguntas (ver "Apéndice B") que ayudan al terapeuta y a la paciente a obtener una definición personalizada de lo que es necesario para que ella se sobreponga al trauma y las limitaciones que éste le impone, a la vez que la orientan y ayudan a identificar su situación y recursos personales, los de la familia y los otros significativos, hacia la solución.

Estas preguntas, tanto en su variante individual como sistémica, son interrogantes cuidadosamente formuladas por el terapeuta para

⁵ Una variante de la técnica de pseudo-orientación en el tiempo de Milton H. Erickson, (1980), en la cual estando el paciente en trance hipnótico, se lo desorienta en el tiempo hacia un futuro cuando se ha sobrepuesto a los síntomas, y revisa hacia atrás los pasos que dio para su recuperación, los cuales ocupa Erickson para tratar el caso. El fenómeno hipnótico a la base de esta técnica es el de progresión de edad (progresión en el tiempo).

ayudar al paciente a reconocer aquello que ya está haciendo y que funciona, aunque sea en algún grado, en soluciones imaginadas y en ideas acerca de cómo hacer que las soluciones ocurran. A efectos de que esta técnica sea óptimamente efectiva, terapeuta y paciente deben explorar los cambios terapéuticos hasta sus últimas consecuencias positivas.

Una vez que la paciente ha comenzado a identificar los más pequeños signos de sanación, se la debe estimular a descubrir paso a paso otras señales, a notar las ocasiones en que se comportan en modos que antes ha identificado como saludables y positivos. También se la debe invitar a identificar y notar aquellas ocasiones en que logra sobreponerse a los efectos del trauma (Dolan, 1993, pp.38).

La ventaja que subyace en esta técnica consiste en que provee, implícita y explícitamente, de un marco de control por parte de la víctima, lo que es justo lo contrario de la experiencia del abuso.

5.1.2. Estrategias para disminuir la disociación de los recursos personales.

Dolan afirma que paradójicamente estas pacientes se disocian espontáneamente de sus recursos cuando más los necesitan. Esto tiene que ver con uno de los aspectos más inquietantes y llamativos del abuso, que es la fuerte tendencia a la revictimización que experimentan personas sobrevivientes de abuso sexual. Dado que las conductas o percepciones que recuerdan la victimización infantil producen disociación, la persona abusada se encuentra, como adulto, en alto riesgo de verse involucrada inadvertidamente en situaciones y relaciones donde existe potencial de abuso ulterior.

A causa de las respuestas condicionadas de pasividad y disociación aprendidas, el adulto puede verse imposibilitado de actuar incluso en condiciones de peligro inminente de revictimización. Esta desesperanza

aprendida puede interferir, también, con la tendencia parental natural de protección de los hijos, impidiéndole reconocer e intervenir cuando sus propios descendientes son victimizados (Dolan, 1991), lo que permite entender el por qué de otro aspecto notable del abuso, que es la repetición transgeneracional de éste y su aparente "invisibilidad" para muchas madres.

Al mismo tiempo, esto tiene estrecha relación con el llamado "hechizo" que el abusador ejerce sobre su víctima, en el sentido de volverla indefensa e impotente, dado que el acto de violencia y los gestos y rituales concomitantes constituyen en sí la clave asociativa para su disociación. (Perrone, 1996, comunicación personal).

Las técnicas propuestas por Dolan para disminuir esta disociación son las siguientes:

- 5.1.2.1.- Imaginar lo que el terapeuta le pediría hacer: Parece ser que la voz del terapeuta constituye, en sí misma, una clave para la sensación de seguridad en el sentido de facilitar el contacto de la paciente con sus propias habilidades para evocar tal estado. Los pacientes aprenden a autoformularse preguntas orientadas a la solución similares a las de su terapeuta e imaginar las respuestas de aquel.
- 5.1.2.2.- Interrupción de patrones de respuesta: Respuestas post-traumáticas repetitivas (comer compulsivo, abuso de drogas o de alcohol, comportamiento sexual compulsivo, etc.) pueden ser evitadas aprendiendo un patrón de interrupción. Lo que se plantea es que las reacciones de estrés post-traumático están relacionadas con memorias dependientes del estado (Rossi, 1986; 1986; 1993), de modo que cuando la persona accesa esas memorias, está expuesto a todos los síntomas que ha venido experimentando. Por lo mismo, la identificación de soluciones recientemente accedidas puede representar una dificultad mayor.

El contenido de la actividad no es tan importante como el

hecho de no estar relacionada con el trauma, sino más bien con algo saludable que pueda asociar a estados de comodidad y agrado. Igualmente, tampoco es importante que la actividad sea novedosa. Hacer algo diferente, por pequeño que sea, suele dar excelentes resultados al romper el ciclo destructivo.

5.1.2.3.- Notas escritas para sí mismas: También es útil que la paciente escriba, mientras está en la consulta, instrucciones para una saludable interrupción de un patrón destructivo y mensajes para sí misma cuando le abrumen los síntomas. En ocasiones, la sola lectura de las notas, escritas como instrucciones detalladas a sí misma para la ejecución del patrón de interrupción, suele dar el mismo resultado.

Combinando con lo anterior, se puede invitar a la paciente a escribir notas a sí misma con la mano no dominante, lo que constituye una experiencia más extraña a lo habitual, y más laboriosa, contribuyendo al éxito del patrón de interrupción durante las crisis.

5.1.3.- Claves asociativas para comodidad y seguridad:

Esta estrategia actúa como una suerte de sugestión post hipnótica para determinadas claves asociadas a recursos que la paciente posee. Constituye una alternativa a las alternativas menos saludables que la paciente ha venido usando para enfrentar los síntomas.

La persona sobreviviente de abuso sexual se encuentra usualmente bastante familiarizada con las claves asociativas. Una clave asociativa es una señal que elicitaba una respuesta inconsciente (Dolan, 1996, pp. 100). Las respuestas asociativas pueden ser tanto fuente de recursos como dificultades para la persona abusada, de acuerdo a las claves y experiencias elicitadas. Esto es válido para aquellas claves que provocan ideación penosa, sentimientos de culpabilidad o *flashbacks* de la situación traumática, para mencionar algunos de los fenómenos más frecuentemente reportados. Por

otra parte, también es cierto que experiencias relacionadas con momentos de comodidad y bienestar en el pasado pueden elicitar sentimientos de seguridad y calma en el presente.

Dichas claves son útiles, especialmente en las etapas iniciales de la terapia, como recurso contra los miembros abusivos de la familia, confrontaciones legales y para reorientarse de los *flashbacks* angustiosos o las pesadillas. Son, por lo tanto, de extrema utilidad durante el tratamiento para ayudar a la paciente a fortalecer su noción de control sobre la sintomatología y un importante resguardo para un recordar seguro.

Estas experiencias son la base naturalística para el desarrollo de claves asociativas para comodidad y seguridad. Cuando la persona fracasa en recordar momentos de calma y seguridad, la lista de cosas que desearía que continuaran, construída luego de la primera sesión, puede constituirse en un recurso significativo.

Dada la habilidad de las pacientes para experimentar estados disociados y la sensibilidad a modos intrusivos de intervención que pudieren eventualmente ser evocadores del abuso, esta estrategia es conveniente también como una manera de permitir a la paciente experimentar el trance por primera vez de un modo no amenazante.

La estrategia se describe en el "Apéndice C."

5.1.4.- Sobreponiéndose a los efectos de las claves traumáticas asociativas (*flashbacks*):

Aunque los *flashbacks* suceden aparentemente al azar, en general son gatillados por "señales asociadas al trauma" (señales ligadas al estado; Rossi, 1993) en la forma de experiencia sensorial visual, táctil, auditiva, olfativa o gustativa, o por sucesos similares simbólica o literalmente a algunos aspectos

del trauma original.

Dolan describe una estrategia en cuatro pasos para debilitar los efectos de dichos *flashbacks*, aumentando la comprensión de los mismos por el paciente a la vez que su control dentro y fuera de la consulta.

5.1.4.1.- Ayudando a identificar el suceso que dio origen a los *flashbacks*.
¿Cuándo se sintió en esta forma antes?. En caso de que la persona no pueda precisar cuándo se sintió así antes, es posible recurrir a recursos inconscientes para ayudarla a adquirir la comprensión necesaria para la resolución. La situación original puede ser elicitada a través de la inducción de un trance, ya sea a través de la técnica de autohipnosis externamente orientada o conectando la inducción con una señal ideomotora que debe ser desarrollada de antemano.

Luego el terapeuta puede sugerir: "Vaya a la fuente de esos sentimientos del modo que sea más útil para comprender y sanar." Hay que hacer notar, sin embargo, que este paso, aún cuando sea realizado en vigilia, puede provocar por sí mismo *flashbacks*, dado el aprendizaje de la respuesta disociativa que experimentó la persona agredida durante la victimización. Por eso, se estimó que sólo es prudente abordarlo cuando la persona ha desarrollado algunos recursos efectivos para contrarrestarlos, como son su clave de seguridad y comodidad y su símbolo del presente.

5.1.4.2.- Ayudando a distinguir las claves: ¿En qué forma son similares esta experiencia actual y la situación en el pasado? ¿Es la situación, época del año, o los sonidos, imágenes o sensaciones de algún modo similares en cualquier forma a la situación pasada en que se sintió así? Si hay otra persona involucrada, ¿en qué forma es ella o él parecida a la persona que en el pasado suscitó sentimientos similares?

- 5.1.4.3.- Identificando las diferencias entre el tiempo presente y el que rodeó la instalación del trauma: ¿Cuán diferente es su situación actual de la situación en el pasado en la cual Ud. se sintió en una forma similar? ¿En qué es diferente Ud., su experiencia sensorial, sus circunstancias de vida y recursos personales? Si hay otras personas involucradas, ¿en qué difieren de la(s) persona(s) envueltas en la situación anterior?
- 5.1.4.4.- Identificando acciones saludables en el presente: ¿Qué acción, si la hay, podría desear adoptar en el presente para sentirse mejor? Por ejemplo, un *flashback* podría indicar que una persona se encuentra nuevamente en una situación que es de algún modo insegura. En ese caso, alguna medida activa de auto-protección podría ser lo adecuado para alterar la situación. Por otra parte, un *flashback* podría implicar simplemente que un parecido circunstancial y carente de importancia, como un color o aroma, ha activado una memoria del pasado. En ese caso, la persona puede darse a sí misma mensajes correctivos de reaseguramiento y comodidad para contrarrestar esas antiguas memorias traumáticas. Por ejemplo, su clave para seguridad y comodidad.

Cuando los *flashbacks* se producen dentro de la sesión de terapia, pueden ser contrarrestados a través de la clave de seguridad y comodidad como ya se mencionó, o alternativamente, pueden ser terapéuticamente utilizados para introducir mensajes correctivos de seguridad, o reencuadrar el evento como se explicará más adelante.

5.1.5.- Transformación de la sintomatología en recurso: disociación terapéutica.

La disociación es el proceso de segmentación de información o sistemas de ideas fuera de la personalidad normal, de tal manera que esta información o sistema de ideas puede existir y ejercer influencia independientemente del percatare consciente de la persona.

El adulto sobreviviente de abuso sexual se encuentra altamente familiarizado con este tipo de respuestas, de modo que se puede afirmar que posee "habilidades disociativas", aunque a menudo no es del todo consciente de ellas, dado que lo usual es que experimente este tipo de fenómenos ante situaciones de estrés o aquellas que semejan aspectos del trauma de modo literal o simbólico, limitando severamente su vida cotidiana. Por lo mismo, la idea de que esta vivencia pueda constituir una habilidad en sentido positivo puede resultarle extraña.

Generalmente, la disociación se origina como un intento de sobrevivir al intenso estrés físico y psicológico durante la victimización, sin embargo la respuesta disociativa protectora original continuará manifestándose en la vida cotidiana de la paciente en modo disfuncional.

En lugar de intentar eliminar la respuesta disociativa, Dolan ha encontrado más efectivo remodelarla para ser usada en situaciones de tensión, sustituyendo su carácter sintomático por uno funcional. La utilidad de este enfoque radica en permitir a la persona reconocer sus propios estados disociados, así como permitirle elegir cómo y cuando experimentarlos, fortaleciendo su noción de control.

Una excepción la constituyen los casos de personalidad múltiple⁶ en los cuales las técnicas orientadas a la solución aparecen como menos amenazantes y más prácticas que las técnicas inconscientes hipnóticamente

⁶ Trastorno de identidad disociativo, según el DSM-IV.

orientadas, de no mediar gran experiencia por parte del terapeuta.

5.1.6.- Técnica de auto-hipnosis orientada externamente.

Esta técnica es un modo útil y seguro para que el cliente experimente el revivir disociativo terapéutico y accesar los recursos inconscientes.

Se puede utilizar como técnica de relajación, para dominar los desórdenes del sueño, para reorientarse al presente mientras se encuentra en trance hipnótico, para dominar los *flashbacks*, como técnica de profundización cuando es usada con claves asociativas para controlar los ataques de pánico. Es frecuente que una persona sobreviviente de abuso sexual reactualice inadvertidamente su victimización, ya sea durante un trance inducido por el terapeuta o autoinducido. Esta última posibilidad es especialmente peligrosa si el paciente se encuentra solo y privado del apoyo de otra persona. Por otra parte, el revivir la experiencia no es, en sí mismo, de valor terapéutico ni conduce a la integración o la resolución. La hipnosis externamente orientada reduce esta posibilidad a causa de su foco externo, usada con los ojos abiertos refuerza su valor reorientador hacia el presente, evitando que la paciente reviva perceptual, cognitiva y emocionalmente asociada, los eventos traumáticos.

La técnica es simple y permisiva y puede hacerse más segura demostrándola, el mismo terapeuta, en frente de la paciente haciendo la experiencia más re-aseguradora, a la vez que se fortalece su confianza.

El procedimiento se describe en el Apéndice D.

5.1.7.- Revisión disociada y reencuadre del evento traumático.

Para estos fines se utilizan estrategias basadas en la disociación y disociación múltiple; en ambos casos se utilizan recursos de la propia paciente extraídos con anterioridad.

El fundamento de estas técnicas proviene de que mientras más veces revisa el paciente el evento traumático estando disociado de su cuerpo (emociones), es más probable que se extinga la asociación entre esas claves y los síntomas post-traumáticos a la vez que se reencuadra el evento: El adulto sobreviviente puede ayudar, con sus recursos de sobreviviente, al adolescente o al adulto en problemas, dándole lo que no tuvo en el momento de la instalación del trauma.

A pesar de lo expresado anteriormente en relación a la necesidad de la disociación terapéutica durante la revisión del trauma, dicho momento implica cierta intensidad emocional. Esto puede suceder o no en el momento de la revisión, pero inevitablemente sucederá luego, cuando la paciente comience a integrar la nueva información y resolver las memorias traumáticas (Dolan, 1991, pp. 153).

La importancia de esto último radica en la conveniencia de conectar las intervenciones con los sentimientos realmente asociados con la experiencia original, aunque de ninguna manera este planteamiento debe interpretarse en el sentido de omitir tomar todas y cada una de las precauciones y resguardos necesarios para una revisión segura del evento y fortalecimiento de la noción de control por parte de la paciente, sino simplemente señalar el momento más propicio a la intervención.

5.1.7.1.- Técnicas disociativas. La disociación está relacionada con el funcionamiento de las mentes consciente e inconsciente. Se la define como la habilidad para separar una experiencia global en sus partes componentes, amplificando la consciencia de una parte, mientras disminuye para las otras."(Yapko, 1990, p.285)

Durante el trance, la persona tiene su atención focalizada selectivamente sobre las sugerencias del terapeuta. La mente consciente está ocupada con el proceso de trance y el inconsciente está en una búsqueda activa de significados simbólicos, asociaciones

pasadas y respuestas apropiadas.

El hecho que las mentes consciente e inconsciente puedan ser divididas y utilizadas como entidades independientes, es el fundamento de la hipnosis. La facilitación de la disociación a través del trabajo de trance permite tener un acceso más directo a muchos recursos y conocimientos de la mente inconsciente del cliente." (Yapko, 1990, p. 136)

Necesariamente el trabajo de trance involucra disociación como una característica básica. Su uso como estrategia terapéutica, está basado en su carácter y valor natural como mecanismo útil para aumentar o disminuir la cualidad de las experiencias vitales, haciéndolas más manejables para la persona. Esta característica la hace especialmente apta para el tratamiento de experiencias traumáticas.

5.1.7.2.- Técnica de regresión y progresión naturalística de edad e integración de experiencias traumáticas. La regresión de edad es una modalidad de disociación del presente y asociación con el pasado.

Las personas víctimas de abuso sufren frecuentes regresiones, como queda de manifiesto con los *flashbacks* y memorias vívidas e intrusivas que ocurren en forma aparentemente espontánea, incluso cuando la paciente comienza a recordar material relativo al abuso presente en su consciencia, o cuando se ve expuesta a estresores que se le asemejan simbólica o literalmente.

Si la persona reexperimenta el trauma durante la sesión, sin que el terapeuta haya tenido tiempo de preparar la intervención, existe la posibilidad de trabajar terapéuticamente la experiencia mientras se la habilita a experimentar la seguridad y comodidad que no estuvieron presentes durante la instalación del trauma.

La técnica es como sigue:

- 1.- Si la persona ha desarrollado su señal de comodidad y seguridad y su símbolo del presente, es el momento de recordárselo. Conviene sugerir que *"Ud. puede mantener esos dos recursos en una esquina de su mente, mientras trabaja en los temas que le ocupan"*.
- 2.- Mientras continúa experimentando el trauma, estando al mismo tiempo en contacto con sentimientos de seguridad y comodidad, pregunte qué está experimentando. Mientras lo hace, sugiera a la paciente ir hacia adelante y *"diga a esa parte crecida de Ud. todo lo que necesite saber para sanar y que Ud. está necesitando en este momento"*. Esta sugerencia induce implícitamente un estado mixto de alerta, permitiendo a la paciente sobreponer pensamientos acerca de sí misma como niña (o adolescente) sufriendo el trauma y la persona mayor y adulta con mayores recursos a su disposición. La paciente puede expresar lo que le está pasando y luego sobreponer a esto la parte adulta y protectora de sí misma para expresar la tan necesaria aceptación, comprensión y significativos mensajes correctivos.
- 3.- Ayude a la paciente a hacer la conexión con la parte mayor de su personalidad. *"¿Qué necesita escuchar esa parte menor de sí misma en este momento?"*. *"¿Qué puede Ud. decirle para confortarla?"*.
- 4.- Una vez que la persona ha identificado un mensaje saludable, se le puede sugerir *"Diga a esa parte menor de sí misma ese mensaje ahora, y observe/distinga qué diferencias implica...e imagine a medida que los años pasan...la diferencia que esto ahora, trae en el futuro...todos los diferentes modos en que este saludable mensaje influye sobre Ud...Y su mente inconsciente puede repetir este saludable mensaje en cualquier momento y*

lugar que lo necesite o que sea útil".

La técnica anterior permite a la paciente insertar los mensajes sanadores que necesitó durante la experiencia traumática, así como proyectar sus efectos a futuro, donde pueda tener la oportunidad de imaginar las consecuencias de los cambios conductuales o experienciales, a la vez que integra los significados en niveles profundos (Yapko, 1990).

Según Yapko (1990) la progresión de edad es una extrapolación de las tendencias personales del cliente, donde se amplifican sus sentimientos, conductas, etc. Muchas configuraciones personales, conscientes u otras, son muy predecibles. El inconsciente de una persona puede predecir el futuro en algún grado, sobre las bases de aquellas experiencias que (o no) lo permitirán o procurarán.

Una útil ventaja adicional de esta estrategia consiste en proveer de un modelo adecuado acerca de cómo un adulto acoge y protege a un niño en oposición a la relación entre una madre adulta dañada sobrepasada por las necesidades de un niño. Esta técnica puede combinarse ventajosamente, en etapas posteriores del tratamiento, con la recuperación de recursos disociados de la infancia.

5.1.7.3.- Regresión a la fuente del síntoma. Esta técnica es útil en caso de amnesias traumáticas parciales o totales. Aún cuando las amnesias totales están fuera de los alcances de esta investigación, con frecuencia las personas que solicitan ayuda muestran lagunas respecto a aspectos importantes del trauma mientras exhiben síntomas como comer compulsivo, ataques de pánico, *flashbacks* kinestésicos u otros. Es también un modo útil de revisión disociada del trauma que opera en el sentido de orientar tanto a la paciente como al terapeuta hacia la solución.

En esos casos se puede inducir un trance y sugerir a la paciente

retornar a la fuente del síntoma (desórdenes del sueño, pesadillas, etc.), recordando sólo lo que es necesario conocer para comprender exactamente y resolver los presentes síntomas y cualquier otro síntoma que la haya traído a terapia. Una vez que la paciente ha identificado su símbolo de presente, se puede inducir el trance utilizando la clave asociativa de comodidad y seguridad para promover un contexto de seguridad y bienestar.

Es de primerísima importancia enfatizar que el recuerdo debe abarcar sólo aquello que sea necesario para sanar, respetando los mecanismos de defensa de la persona, a objeto de mantener un buen *rapport* con su inconsciente.

Si la persona expresa dudas en relación con las memorias recuperadas, estas dudas deben ser acogidas, dado que responden a sus necesidades reales en esta etapa de la validación de la experiencia. En lugar de intentar disuadir a la persona, se le puede sugerir sostener esa duda tanto tiempo como sea necesario para desarrollar su propio sentido de verdad acerca de la experiencia (Dolan, 1991).

El procedimiento se describe en el Apéndice E.

5.1.7.4.- Técnica de la pantalla de cine. Una técnica útil para pacientes predominantemente visuales consiste en revisar la información de un modo exclusivamente visual. "vea la información apropiada para aprender y sanar hoy desde una distancia cómoda, como si estuviera en un cine o video, sin sonido, con los colores alterados o en blanco y negro, según necesite, para asegurar que Ud. pueda ver sin experimentar los sentimientos de los personajes en la pantalla o...simplemente viéndolo con la compasiva ventaja de la persona adulta que Ud. es, observando una película del pasado".

Es conveniente observar las reacciones de la paciente sugiriendo hacer cualquier ajuste necesario en la distancia, color, tamaño e

incluso detener la película si es necesario, mientras se le orienta hacia su clave de seguridad y comodidad.

5.1.7.5.- Adición de nuevos contenidos a la memoria. Reducir o eliminar el impacto del trauma no implica borrarlo, cosa por lo demás imposible, salvo en el caso de la represión, recurso que por lo demás ha venido resultando inefectivo para la paciente. Un modo de superar esta situación consiste en agregar un "algo significativo" y personalizado a la memoria que reduzca el impacto del trauma.

Dolan, propone dos modos de hacerlo:

- Primero, agregar lo que necesita y notar las diferencias.
- Segundo, añadir una diferente comprensión y significado al trauma.

Lo primero implica preguntar a la paciente, mientras revisa el trauma en estado de trance, *"Qué está experimentando Ud. ahora y qué está necesitando que no tiene?."* Cuando la persona identifica aquello que necesita se le puede sugerir: *"diríjase a su interior y note en detalle qué diferencia podría implicar obtener aquello que necesita."* El uso de la palabra "podría" es esencial tanto porque es un modo no directivo como porque implica la sugerencia inconsciente (doble vínculo terapéutico) de que aquello podría funcionar. El terapeuta puede agregar a continuación, *"Ud. puede continuar percatándose de esa diferencia, y puede continuar experimentándola de cualquier manera que satisfaga sus necesidades."*

El segundo modo es permitir a la persona experimentar una nueva comprensión que altere el significado y, consecuentemente, el impacto resultante del trauma. Mientras la persona revisa el trauma, se le sugiere que notará algo diferente en la experiencia que nunca

notó antes, algo importante y útil. *"Mientras Ud. revisa esa memoria ahora, podrá darse cuenta/aprender algo muy valioso e importante que ha estado necesitando comprender hace mucho para comenzar a integrar y superar esto."*

5.1.7.6.- Recuerdo de un recurso disociado de la infancia. Suele suceder que la disociación de memorias alcanza a otro tipo de eventos no relacionados con el abuso y que presumiblemente podrían constituir experiencias significativas y placenteras de la infancia. Este recurso es un modo agradable de construir comodidad y familiaridad con el proceso de revisión disociada al tiempo que permite a la mujer adulta, y presumiblemente madre, encontrar en sí misma experiencias que facilitarán su relación con los hijos y su desempeño como una madre más competente y nutricia.

Esto se basa en el supuesto de que si es posible recuperar el recuerdo de un buen momento pasado, posiblemente habrá otros (Madanes, 1993, pp. 41). Tal recuerdo puede ayudar, también, a que la paciente identifique ciertas conductas y valores positivos que ya están presentes en su conducta hacia los hijos, fortaleciendo su autoestima y confianza en el presente.

Esto es particularmente significativo dada la irritabilidad presente en las mujeres víctimas de abuso, la que frecuentemente se expresa a través de maltrato físico y psicológico en la persona de sus hijos.

Se puede inducir el trance a través de autohipnosis externamente orientada y sugerir a la persona: *"permítale a su inconsciente escoger para Ud. una antigua y placentera memoria que pueda ser un recurso curativo para Ud. ahora y en el futuro."*

5.1.8.- Eliminación de los *flashbacks* durante los encuentros sexuales.

Estos *flashbacks* son comunes en sobrevivientes de abusos sexuales. Su ocurrencia puede tener un efecto tan disruptor que puede hacer prácticamente imposible una vida sexual normal.

La estrategia propuesta puede ser de utilidad inmediata para sobreponerse o minimizar su impacto durante los encuentros sexuales.

Los pasos a seguir son:

- i.- Reorientación al presente durante el *flashback*. Discriminación entre la situación traumática y la actual. "Tan pronto se percate de que un *flashback* está ocurriendo o comenzando, abra sus ojos (si están cerrados) y observe donde está ahora. Observe las diferencias entre su pareja y el agresor, entre su entorno físico y aquel recordado en el *flashback*".
- ii.- Focalización sobre el símbolo de seguridad y comodidad.
- iii.- Detención de todo intento de respuesta sexual hasta la remisión del *flashback*, permitiendo a la pareja saber lo que la paciente está haciendo.
- iv.- La paciente pide a su pareja algunas palabras que le den confianza y que anteriormente haya identificado como útiles en esa situación.
- v.- Se indica a la paciente que, a continuación, diga a su "pequeña niña interior" (o adolescente o adulta sobreviviente) que ahora está segura y que nunca permitirá que la vuelvan a herir nuevamente.
- vi.- Se instruye a la paciente para que finalmente solicite a su pareja todo

lo que necesite para sentirse nuevamente segura y que no reasuma el sexo a menos que se sienta cómoda para hacerlo.

Es importante que el terapeuta reasegure a la paciente respecto de que su necesidad de no reasumir el sexo sino hasta que esté preparada es comprensible y aceptable dadas las circunstancias. Esta consideración es necesaria dado el aprendizaje adquirido durante la victimización y que hace relación con posponer sus propias necesidades en favor de las de otros. Este rasgo puede conducir a experiencias altamente traumáticas, si es que la persona decide reasumir las relaciones sexuales prematuramente.

Es evidente la importancia de contar con la cooperación y apoyo de la pareja de la paciente, para lo cual es conveniente una sesión conjunta para asegurar esta comprensión y evitar que ésta malinterprete la necesidad de abstinencia sexual de la paciente como un rechazo personal.

El objeto de esta estrategia es ayudar a la persona a tener más control sobre el grado y duración de los flashbacks más que detenerlos del todo. Dolan afirma que con el tiempo cualquier señal de *flashback* puede llegar a gatillar respuestas correctivas automáticas.

Han sido descritos los distintos aspectos de la intervención propuesta por Ivonne Dolan los cuales pueden ser resumidos en ocho ítemes generales que comprenden: construcción de un tratamiento orientado a la solución, estrategias para enfrentar y disminuir la disociación de los recursos personales, construcción de claves asociativas para seguridad y comodidad, (resguardos), tanto para su uso en la vida diaria de la persona como para el buen desarrollo de la psicoterapia, estrategia para la reducción de *flashbacks* en general, uso terapéutico de la disociación como recurso, una técnica de autohipnosis externamente orientada, estrategias para el reencuadre hipnótico de la experiencia del abuso y, finalmente dada la frecuencia

de trastornos sexuales en víctimas de anterior abuso durante la infancia, una técnica específica para depotenciar *flashbacks* durante los encuentros sexuales.

En el capítulo siguiente se abordarán detalladamente los aspectos metodológicos del estudio.

6.- METODOLOGÍA.

6.1.- TIPO DE ESTUDIO.

Se trata de un estudio de tipo explicativo con un diseño de orientación cuasi-experimental, dado que no era posible asignar al azar a los sujetos al grupo que recibiría tratamiento experimental, en el cual se aplicó la variable Terapia Psicológica en forma individual, con arreglo al modelo expuesto en la proposición terapéutica, llevada a efecto en el Centro de Salud Mental Juvenil y Familiar de la Municipalidad de Santiago y Programa de Abuso Sexual (PAS), dependiente de la Corporación de Ayuda al Menor en situación irregular (CORDAM), a un grupo de víctimas de abuso sexual mayores de dieciséis y hasta una edad de treinta años.

El estudio se extendió a lo largo de dos años, entre el diez de Junio de 1994 y el treinta de Junio de 1996.

El diseño puso a prueba la significación de los cambios ocurridos en la terapia comparando la situación antes-después a través de pruebas paramétricas y no paramétricas.

Se escogió un diseño de tipo cuasi-experimental por los siguientes motivos:

- La conveniencia de que cada individuo sea su propio grupo control. Podría haberse escogido un diseño experimental en el cual el grupo control se hubiese formado a partir de aquellas personas que, habiendo sido evaluadas antes del tratamiento, no hubiesen llegado a su finalización puesto que es dable esperar un cierto porcentaje de abandono. Sin embargo, esta alternativa nos obligaría a suponer que las personas que emprenden el tratamiento y lo terminan son similares a aquellas que sólo lo inician, (por ejemplo, en actitud ante el tratamiento), y existen buenas razones para cuestionar este punto de vista.
- La necesidad de trabajar con un número pequeño de individuos en la muestra.

6.2.- PLANTEAMIENTO FORMAL DE LA HIPÓTESIS.

En términos generales, la hipótesis de este estudio se puede enunciar como:

"El grupo de mujeres víctimas de abuso sexual que concluyan su tratamiento realizado en el Centro de Salud Mental de la Municipalidad de Santiago y Programa de Abuso Sexual (PAS), del consultorio Diego Portales de CORDAM, presentará una mejora significativa en los signos de recuperación respecto de la situación inicial."

En términos formales, se plantea que: El nivel de recuperación observado "antes del tratamiento" y "después del tratamiento", reportado por las propias víctimas, difiere.

Consecuentemente, como hipótesis de nulidad se plantea que: El nivel de recuperación observado "antes del tratamiento" y "después del tratamiento", reportado por las propias víctimas, no difiere.

6.3.- DEFINICIÓN CONCEPTUAL U OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

6.3.1.- Variable Independiente

-Psicoterapia: Tratamiento psicológico orientado a las soluciones, basado en la revisión disociada de traumas, reencuadre y proyección a futuro, del tratamiento con ayuda de técnicas hipnóticas naturalísticas de orientación ericksoniana.

6.3.2.- Variable Dependiente

Definición conceptual

- Recuperación: Apreciación de la propia persona de que su estado es mejor al de antes de la terapia.

Definición operacional

- Recuperación: Cualquier movimiento de izquierda a derecha en los items de la Escala de Recuperación Orientada a la Solución Para el Abuso Sexual ("Apéndice A") de acuerdo al reporte de la propia víctima.

A objeto de poder traducir los resultados de la escala expresados en conceptos, a un nivel ordinal de medición se asignaron puntajes a cada uno de los intervalos, asumiendo que conductualmente se evidenciaba una gradación entre una y otra categoría de sus resultados. De esta manera, al primer intervalo se asignó la puntuación 0, al segundo 1, al tercero 2 y al cuarto 3, reflejando los grados de recuperación para cada uno de los items, con puntaje máximo de 111 y mínimo de 0 para la escala.

6.4.- DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL UNIVERSO.

El universo fue definido como: "mujeres víctimas de abuso sexual mayores de dieciséis y hasta una edad de treinta años que hubieran sufrido la victimización durante su infancia o adolescencia".

6.5.- DEFINICIÓN Y TAMAÑO MUESTRAL.

Se trató de una muestra evaluada en dos momentos, antes y después del tratamiento, y de elección razonada, ya que estuvo constituida por aquellas mujeres víctimas de abuso sexual que solicitaron ayuda psicológica en el Centro de Salud Mental de la Municipalidad de Santiago y Programa de Abuso Sexual, PAS, del consultorio Diego Portales de CORDAM, y que contaban en el momento del estudio, con una edad superior a los dieciséis y hasta treinta años. Varios de los casos fueron derivados desde la Organización No Gubernamental "Tierra Nuestra", dedicada al desarrollo organizacional y personal de la mujer, y que opera en la zona sur de la capital. El tamaño de la muestra estuvo determinado por el número

mínimo necesario para la aplicación de los instrumentos estadísticos y por la cantidad de casos cuyos tratamientos llegaron a su conclusión dentro de los plazos del estudio.

La siguiente tabla muestra la conformación de la muestra según el origen de los casos y el estado del tratamiento a la fecha del cierre del estudio.

CUADRO 3.- Conformación de la muestra.

ORIGEN	RECIBIDOS	DESERCIÓN	*EN TRAT.	TERMINADOS
CCSMJF (Santiago)	4	0	2	2
"TIERRA NUESTRA"	7	1	0	6
"PAS"	7	3	0	4
TOTAL:	18	4	2	12

* Los dos casos que se muestran en la tercera columna corresponden a tratamientos que por su tardía fecha de inicio no se hallaban concluidos al cierre del estudio.

En términos numéricos la muestra definitiva estuvo constituida por un total de doce (12) casos, de los cuales cuatro provinieron del PAS, seis de la O.N.G. "Tierra Nuestra" y dos de demanda espontánea en el Centro Comunitario de Salud Mental Juvenil y Familiar (CCSMJF), de la I. Municipalidad de Santiago.

Viene al caso señalar que los sujetos tratados dentro del programa PAS reunían un perfil especial en varios aspectos. Por una parte, correspondían a edades entre los dieciséis y los dieciocho años, lo que las sitúa dentro del extremo inferior del rango de edades de la muestra. Por otra parte, se trataba de niñas institucionalizadas que llegaban al programa luego de ser derivadas internamente desde el área de ginecología dentro del Policlínico Diego Portales de CORDAM.

Esto implica que:

- a.- Sus tratamientos se extendieron durante el lapso de tiempo que permanecieron institucionalizadas.
- b.- Acudían a consulta sin mediación de su propia voluntad aún cuando ésta sí determinaba su permanencia en tratamiento.

Incidentalmente fue dentro de este grupo donde se dio el número de deserciones más alto. Uno de los sujetos había participado en una terapia anterior.

Respecto de los sujetos provenientes por derivación de la O.N.G. "Tierra Nuestra", es conveniente señalar que el develamiento de la situación de abuso se produjo, en la mayoría de los casos, durante el desarrollo de talleres de desarrollo personal en distintos momentos del tiempo.

Esto operó en dos sentidos:

- a.- Movilizó recursos personales y de la red social⁷ que finalmente terminaron en la búsqueda de ayuda para la solución del trauma.
- b.- Agudizó la sintomatología, especialmente en los componentes de reexperimentación de la situación traumática.

En todos los casos las pacientes acudieron a terapia por propia iniciativa y voluntariamente.

En términos de edad, estos últimos casos se agrupaban cerca del límite superior de la muestra, con valores extremos entre los veinte y treinta años. Cuatro de las dieciocho sujetos habían acudido a terapias anteriores.

⁷ La O.N.G. "Tierra Nuestra" buscó apoyo en el Programa "PAS". Al no corresponder estos casos a su población objetivo, el PAS los derivó al autor para ser atendidos en el marco del CCSMJF de Santiago.

Los cuatro casos llegados por demanda espontánea al CCSMJF se distribuían homogéneamente en cuanto a edad.

También fueron requeridas la 48° Comisaría de Asuntos de la familia, Centro de Atención a Víctimas de Abuso Sexual (CAVAS), Centro de Atención de Violencia Doméstica de la Municipalidad de Santiago y O.N.G. "La Morada", sin que se obtuvieran derivaciones, en todos los casos.

6.6.- DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA UTILIZADA EN LA EVALUACIÓN ANTES-DESPUÉS.

El instrumento de medición utilizado en la evaluación antes-después, la "Escala de Recuperación Orientada a la Solución para el Abuso Sexual", es un instrumento o cuestionario desarrollado por Dolan en base a la "Escala de Identificación de Soluciones" introducida en el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee en 1988.

Fue desarrollada como un medio externo para ayudar a las pacientes a comenzar a identificar y hablar acerca de los modos en que ya ha comenzado a mejorar y los signos que la convencerán de que podrá sanar en el futuro.

Los ítems de la escala derivan de las respuestas más frecuentes encontradas por Dolan como respuesta a preguntas acerca de los signos de mejoría individuales más frecuentes en víctimas de abuso sexual. (Dolan. 1991)

Está constituida por treinta y siete preguntas que pueden ser respondidas en cuatro alternativas de aceptación, indicando el grado en el cual cada ítem ocurre.

A saber:

- En lo absoluto.
- Sólo un poco.
- A menudo.
- Mucho.

La pregunta número treinta y siete está destinada a registrar cualquier signo de recuperación no recogido explícitamente en los ítems anteriores.

Se agrega a esto un ítem adicional, no considerado en la medición por su carácter cualitativo, destinado a recoger comentarios adicionales permitiendo a la paciente desarrollar cualquier aspecto que considere relevante en relación a otras señales de recuperación.

6.7.- CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.

La validez de la presente investigación está dada por la validez teórica del modelo terapéutico que está a su base.

La confiabilidad del estudio proviene de la aplicación estandarizada del modelo terapéutico.

La validez del instrumento de medición es del tipo de contenido y está dada por la experiencia y uso de la misma por parte del Instituto de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, en el cual se originó. La Escala de Recuperación para Víctimas de Abuso Sexual está basada en las respuestas más frecuentes de las pacientes bajo tratamiento (Dolan, 1991), lo que apunta a que también evidencia validez de contenido.

6.8.- INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS.

La prueba estadística utilizada para el análisis de los resultados fue la prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon, que es una prueba más poderosa que la de McNemar propuesta en el proyecto inicial, al considerar tanto la dirección de las diferencias como su magnitud relativa, y al encontrarse basada en puntajes de diferencia. Esta prueba es también especialmente apropiada para la significación de los cambios en diseños experimentales de "antes y después" en los que cada persona es su propio grupo control (muestras relacionadas), y el nivel de medición es ordinal.

Se consideró también la utilización de la prueba de "t de Student para

muestras pareadas", aún más poderosa, pero fue rechazada, dado que esta elección implicaba un nivel de medición intervalar y por lo tanto aceptar el supuesto que las distancias entre los intervalos conductuales indicado por el instrumento de medición era similar y comparable, cosa difícil de demostrar. De todos modos y a manera de examen, se sometieron los resultados del estudio a esta prueba obteniéndose similares resultados que los entregados con el análisis de la prueba de Wilcoxon.

Ver Anexo 1

Para el análisis de los datos y obtención de una decisión se utilizó el programa computacional "Primer of Biostatistics", de Mc. Graw Hill, (1988).

6.9.- PROCEDIMIENTO.

Se describe a continuación los pasos generales que sigue la investigación:

- i.- Establecer la presencia de elementos de recuperación de sintomatología post-traumática al inicio del tratamiento, a través del reporte de las propias víctimas, registrado en el instrumento de medición.
- ii.- Aplicar el tratamiento durante un número de diez sesiones.
- iii.- Evaluar los logros obtenidos después de la terapia a través de un nuevo reporte de las víctimas, consignado en el instrumento de medición.
- iv.- Analizar estos resultados mediante la aplicación de procedimientos estadísticos no paramétricos.

6.10.- PROTOCOLO DE TRATAMIENTO.

El tratamiento se extendió sobre un número de diez sesiones, con una frecuencia semanal⁸, más una entrevista inicial que tenía el propósito de recoger información básica acerca del paciente y entregar información acerca del tratamiento, así como responder cualquier duda que pudiera surgir, buscando establecer desde el principio un ambiente de cooperación y confianza⁹. Durante este primer encuentro se establecía un contrato que explicitaba el número de sesiones, periodicidad, lugar, horario y duración aproximada de éstas. La duración se establecía en una hora, aún cuando en algunas sesiones ésta fue sobrepasada, llegándose en una ocasión excepcional a tres horas.

La primera sesión propiamente tal tenía por objeto desarrollar el "Símbolo del Presente", recoger la historia del abuso, así como establecer tanto la sintomatología como asegurar el diagnóstico y, finalmente, recoger todo signo de recuperación presente antes de iniciar el tratamiento a través de la lectura compartida de la Escala de Recuperación. La consigna estándar utilizada para iniciar la recuperación de la historia del abuso fue: *"Cuénteme todo aquello (acerca del abuso) que necesite, de modo que Ud. esté segura que yo la entiendo"*. Dado que la aparición de *flashbacks* era posible ya en esta etapa del tratamiento, se orientaba a la paciente haciéndola describir detalladamente el entorno de la sala hasta que cualquier sospecha en ese sentido pudiera ser relevada. A continuación, se impartía la siguiente consigna: *"Ud. puede detenerse tantas veces como necesite sabiendo que puede continuar cuando se sienta mejor"*.¹⁰ Como término de la sesión se asignaba la tarea de hacer

⁸ En cuatro de los doce casos que llegaron a su conclusión, la frecuencia experimentó irregularidades. Tres de ellas se debieron a vacaciones de las pacientes y en un caso a problemas familiares.

⁹ Se consultó a las pacientes, en todos los casos, si el hecho de ser el terapeuta varón representaba algún inconveniente para ellas.

¹⁰ Por lo general, ante esta consigna, la mayoría de las pacientes escogía proseguir.

una lista de todas aquellas cosas que la paciente reconocía como valiosas y dignas de continuar en su vida cotidiana.

La segunda sesión comenzaba con la revisión de la tarea. A continuación se utilizaban estrategias destinadas a hacer destacar el futuro por sobre el presente; se utilizó preferentemente la "Pregunta Milagro" y la progresión de edad en vigilia a través de la Carta desde el futuro de mi "Viejo Yo Sabio". Se introducía en esta etapa las preguntas orientadas a la solución individuales y sistémicas.

La tercera sesión continuaba con la administración de técnicas orientadas a la construcción de soluciones. En esta sesión se desarrollaba la llamada "Clave de Seguridad y Tranquilidad". Esta técnica, a la vez que se constituía en un resguardo fundamental para evitar a la paciente el contacto asociado con la situación traumática, era la primera ocasión en que la ésta podía experimentar el trance de un modo no intrusivo y no amenazante. De este modo, la tarea de la tercera sesión consistía en practicar cuantas veces fuera posible esta técnica en casa o en el trabajo, preferentemente en momentos de tranquilidad. El sentido de esta última indicación consiste en evitar que la persona intente prematuramente el uso de la clave sin haber dado tiempo de que ésta se fortalezca.

En la cuarta sesión el elemento nuevo era la introducción de intervenciones destinadas a sanar la disociación, mientras se continuaba utilizando recursos extraídos de la propia paciente como parte del proceso de construcción de soluciones.

Desde la quinta a la novena sesiones se trabajó en torno a las intervenciones destinadas a sanar la disociación y a técnicas orientadas a la solución. Particularmente, al comienzo de las sesiones se comenzaba indagando acerca de todo pequeño cambio saludable que la persona hubiera podido identificar durante el transcurso de la semana y las posibles consecuencias que éstos podrían traer en el

futuro, incluyendo todo posible cambio que los otros significativos pudieran notar o ya estuvieran notando, en qué los notarían, y cómo se daría cuenta ella de que estos otros los estuvieran notando cuando ocurrieran. Se especulaba a continuación acerca de los próximos posibles cambios. En la novena sesión se preparaba el cierre.

En la décima y última sesión sólo se utilizaban técnicas orientadas a la solución, dentro de las cuales destacaba la administración del instrumento a través de su lectura conjunta y discusión y, finalmente, se efectuaba el cierre.

El cuadro siguiente resume el plan general de intervenciones.

CUADRO 4. Diseño del tratamiento.

SESIÓN/ACTIVIDAD	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Contacto inicial	x										
Recopilación de antecedentes		x									
Estab. de la sintomatología		x									
Aplicación del instrumento		x									x
Intervenciones destinadas a la construcción de soluciones		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Desarrollo de símbolo del presente		x									
Desarrollo de clave de seguridad y comodidad				x							
Intervenciones destinadas a sanar la disociación					x	x	x	x	x	x	

7.- RESULTADOS.

Se observaron mejoras en la situación de la sintomatología en once de los doce casos, (Ver Tabla 3). Estos cambios excedieron, en la mayoría de los casos, a aquellos recogidos en los 37 ítems del instrumento, constituyéndose el ítem 38 (comentarios), en un aspecto altamente significativo de los efectos individuales del tratamiento.

CUADRO 5.- Puntaje de los sujetos antes y después del tratamiento.

Sujeto	Puntaje antes	Puntaje después
a	57	88
b	53	87
c	77	77
d	82	106
e	73	91
f	62	81
g	74	77
h	62	75
i	61	65
j	92	95
k	70	88
l	77	98

La tabla muestra los puntajes alcanzados por los sujetos antes y después del tratamiento.

Algunos de estos cambios incluyeron:

- a.- Término de relaciones con parejas abusivas.
- b.- Inicio de la búsqueda o comienzo de un trabajo.
- c.- Mejora significativa de las relaciones familiares con reordenamiento de las mismas (en un caso el hijo mayor de una de las víctimas curó "espontáneamente" de una encopresis).
- d.- Cambio positivo en relación con varones en general y pareja en particular.
- e.- Remisión de síntomas fóbicos.
- f.- Mejora de la autoestima.
- g.- Cambios en el ánimo.
- h.- Desarrollo de mayor asertividad e iniciativa.
- i.- Inicio del proceso de compra de casa propia.
- j.- Develamiento y reconocimiento de otras situaciones de abuso al interior de la familia de origen y que habían permanecido dentro del secreto familiar.
- k.- Remisión de agresiones hacia los hijos.
- l.- Cambio del timbre de voz.
- m.- Cambios en las jerarquías y diferenciación de sistemas al interior de la familia.

Estos cambios son un índice de las soluciones individuales posibles dado que casi ninguna de ellas fue un objetivo explicitado en los tratamientos y sólo en algunos casos respondieron a la versión de la solución dada por la propia persona al inicio del tratamiento en respuesta a la pregunta milagro u otras técnicas de construcción de soluciones.

8.- ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Se deseaba comprobar si el tratamiento tiene algún efecto sobre la sintomatología o, alternativamente y en forma congruente con el marco teórico, si existe algún efecto sobre las señales de recuperación en víctimas de abuso sexual. Para ello se calificó el nivel de recuperación alcanzado antes y después del tratamiento a través de la Escala de Recuperación Orientada a la Solución, obteniéndose puntajes entre 0 y 111 puntos para cada sujeto.

Aun cuando se puede afirmar con seguridad que puntajes más altos reflejan niveles de recuperación mayores, no podemos estar completamente seguros de que exista una proporción regular tanto entre los puntajes como entre sus diferencias. Lo que sí podemos sostener es que tales diferencias pueden ser clasificadas convenientemente en orden de tamaño absoluto. De este modo, optamos por un nivel de medición ordinal como el más apropiado.

8.1.- HIPÓTESIS DE NULIDAD.

H_0 : El nivel de recuperación observado "antes del tratamiento" y "después del tratamiento" no difiere. En términos de la prueba de Wilcoxon, la suma de los rangos positivos es igual a la suma de los rangos negativos.

H_1 : el nivel de recuperación observado "antes del tratamiento" y "después del tratamiento", reportado por las propias víctimas difiere, en otras palabras, la suma de los rangos positivos no equivale a la suma de los rangos negativos.

8.2.- PRUEBA ESTADÍSTICA.

La prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon se escoge como adecuada a un estudio que recoge dos muestras relacionadas y da puntajes de diferencia que pueden clasificarse en orden de magnitud absoluta.

8.3.- NIVEL DE SIGNIFICACIÓN.

Sea $\alpha = 0,05$ y N el número de pares (12), menos los pares cuya d resulte cero, siendo d_i el puntaje de diferencia.

8.4.- DISTRIBUCIÓN MUESTRAL.

La distribución muestral utilizada en la prueba de Wilcoxon es W , para $N = 12$, (susceptible de reducirse si el valor de alguna d es 0, lo que realmente ocurrió en un caso)

8.5.- REGIÓN DE RECHAZO.

Puesto que no se predice la dirección de la diferencia, es apropiada una región de rechazo de dos colas. La región de rechazo se compone de todos los valores de W tan pequeños que la probabilidad asociada a su ocurrencia conforme a H_0 es igual o menor que $\alpha = 0,05$ para una prueba de dos colas.

8.6.- DECISIÓN.

Se aplicó la Escala de Recuperación Orientada a la Solución Para Abuso Sexual a las doce personas que formaron parte de este estudio antes y después del tratamiento. La tabla adjunta muestra los puntajes alcanzados por cada sujeto de la muestra observándose que en once de los doce casos se obtuvieron diferencias en el sentido de un nivel más alto en los signos de recuperación después del tratamiento.

Los resultados del procesamiento de estos datos con el programa Primer of Bioestatistics muestran que para una $N = 11$, una $W = -66.0$ con una probabilidad asociada de $P < 0.06$ nos permite rechazar la hipótesis de nulidad en ese nivel de significación. Por lo tanto, rechazamos H_0 y aceptamos H_1 , concluyendo que el

tratamiento afecta positivamente el nivel de los signos de recuperación en víctimas de abuso sexual.

CUADRO 6.- Puntajes obtenidos antes y después del tratamiento para los doce sujetos experimentales, diferencias (d) y rango de las diferencias.

Sujeto	Puntaje Después	Puntaje Antes	d	Rango de d
a	88	57	31	10
b	87	53	34	11
c	77	77	0	-
d	106	82	24	9
e	91	73	18	5,5
f	81	62	19	7
g	77	74	3	1,5
h	75	62	13	4
i	65	61	4	3
j	95	92	3	1,5
k	88	70	18	5,5
l	98	77	21	8

9.- DISCUSIÓN.

En términos generales se puede afirmar que la teoría de la disociación, propuesta por Rossi (1986, 1990, 1993), y el modelo de intervención, propuesto por Ivonne Dolan (1991), se ajustan a las necesidades planteadas para el tratamiento de víctimas de abuso sexual. Asimismo, el diagnóstico de Trastorno por Estrés postraumático se revela como un marco comprensivo útil para este tipo de casos.

Del mismo modo, la teoría de la disociación propuesta por Rossi puede brindar un marco interpretativo adecuado para una amplia variedad de trastornos en los cuales ésta aparece como un fenómeno central.

Desde el punto de vista de las implicancias prácticas de la investigación, se señala la importancia de la motivación de las pacientes para emprender el tratamiento, y esto nos lleva a una consideración de importancia.

Parece existir un paso previo para asegurar el buen término del tratamiento, que consiste en la forma de develamiento del abuso.

En aquellos casos en los cuales el develamiento fue obra de agentes externos y las personas acudieron a terapia sobre una base de obligatoriedad, al menos en un principio, fue más difícil establecer la necesaria cooperación. Fue justamente en estos casos donde se observó el índice más alto de deserciones. Esta forma de develamiento podría ser análoga, en varios aspectos, al abuso, (pérdida de control sobre la propia corporalidad e intimidad), y podría constituir una forma ulterior de revictimización. A la inversa, en aquellas mujeres que habían pasado por talleres de desarrollo personal, (en muchos sentidos con las características de grupos de autoayuda), y que asistieron a tratamiento sobre una base de completa libertad, fue notoriamente más fácil establecer la cooperación, aún cuando se presentaron con la sintomatología muy aumentada.

No puede dejar de mencionarse, sin embargo, el peligro potencial de los grupos de autoayuda o desarrollo personal cuando arbitran técnicas de focalización, visualización u otras, sin contar con las personas capacitadas en el manejo de tales técnicas. La peligrosidad de tales situaciones radica, en este caso, en la posibilidad de abreacciones, altamente probables en personas con trastorno de estrés post-

traumático. Tales abreacciones no sólo constituyen una revictimización sino que pueden tener un efecto altamente desestructurante en la persona abusada.¹¹

Considerando la muestra en su totalidad, aquellas mujeres que habían asistido a terapias anteriores mostraron una mayor facilidad para referirse a distintos aspectos del trauma, aún cuando la sintomatología no hubiera remitido.

Esto nos refiere a lo que Ritterman (1988) señala como establecimiento de un *rapport* intenso entre la víctima y el victimario, y que Perrone¹² llama "hechizo", indicando una utilización espontánea de dinámicas de inducción de trance por parte del abusador, en los casos de abuso por parte de un miembro de la familia, y que contribuye al sustento del secreto familiar.

Se desprenden así tres consideraciones orientadas a proveer y facilitar las condiciones necesarias para el tratamiento:

- a.- Necesidad de un espacio especial que facilite tal develamiento, (ya sea dentro del formato de la terapia, grupos de autoayuda u otros).
- b.- Necesidad de contar inmediatamente después con los recursos necesarios, (resguardos), para contener y realizar las intervenciones que sean necesarias, dado el inminente peligro de reactualización del trauma inherente al cuadro de stress postraumático (abreacciones).
- c.- Motivación y compromiso con el tratamiento.

Estos aspectos relacionados con la motivación para emprender y permanecer en tratamiento y, especialmente, con el modo mediante el cual se produce el develamiento del abuso se constituyen en objetos próximos de investigación.

¹¹ Un buen ejemplo puede ser encontrado en el Anexo 2, Caso "I".

¹² Como parte de un seminario con supervisión de casos, organizado por el Instituto de Terapia Familiar (I.T.F.), impartido por ese autor en Abril pasado acerca de su próximo libro. Santiago, 1996.

Un aspecto sobre el que no se pudo llegar a mayores conclusiones es el tema de la influencia de la edad de la paciente sobre los resultados.

Una aproximación de sentido común sugeriría que los sujetos con más edad tendrían mayores recursos, lo que las pondría en ventaja sobre los sujetos de menor edad. Esta premisa quedó más allá de los alcances de este estudio dado que el extremo inferior del tramo de edades acudía a terapia en condiciones especiales.

De aquellas mujeres que se mantuvieron en tratamiento no se observaron diferencias que pudieran ser atribuidas a la edad. Al parecer, la capacidad de imaginar futuros libres de síntomas o "soluciones", no dependería de la edad.

Sin embargo, este aspecto no debe ser elevado a la categoría de conclusión sino más bien señala una segunda línea de investigación futura dado que el diseño del estudio no permite, en rigor, pronunciamientos al respecto.

En relación al tema de género, que no ha sido explicitado hasta aquí por encontrarse fuera de los alcances de este estudio, es la impresión del autor que lejos de ser un obstáculo, el hecho que el terapeuta sea varón constituye una ventaja, dado que puede proveer el marco adecuado a una experiencia correctiva respecto de la desconfianza que las víctimas mujeres de abuso sexual manifiestan hacia miembros del mismo sexo del agresor como parte de los síntomas.

El marco de hipnosis naturalística y de terapia estratégica proveen de las herramientas y resguardos apropiados para el manejo de la resistencia y el establecimiento de la cooperación (*rappport*) necesarios para el buen desarrollo de una terapia de este tipo.

Se señala, sin embargo, el tema del género del terapeuta como un tercer área de posibles investigaciones futuras.

Un aspecto que viene al caso mencionar es que en la mayoría de los casos, las mujeres anteriormente abusadas tenían conocimiento de otras situaciones de abuso dentro y fuera del ámbito de sus propias familias, lo que en el caso de este estudio dio por resultado un aumento ulterior importante de la demanda por

tratamiento.

Esto sugiere varias posibles hipótesis que pueden ser, cada una, tema de investigaciones futuras.

La prevalencia del abuso podría ser bastante mayor de lo que se ha estimado.

El abuso se extiende en forma simultánea o secuencial a más de una persona dentro de la familia.

Las mujeres abusadas tienden a comunicar su experiencia a otras brindándose apoyo mutuo y eventualmente transmitiéndose información que puede movilizarlas en busca de ayuda profesional.

Este último aspecto podría ser de importancia como un recurso clave, en algún futuro próximo, cuando el problema del abuso sea plenamente reconocido como un problema de Salud Pública, a la hora de diseñar políticas que incluyan el trabajo en redes de apoyo para la prevención y el tratamiento.

Se proponen con arreglo a lo visto en el marco teórico, al menos, las siguientes posibles áreas de investigación, desde el punto de vista de la teoría de la disociación de Rossi:

- a.- Búsqueda y desarrollo de modelos de intervención y tratamiento en casos de Trastorno por Stress Agudo.
- b.- Investigación y revisión de casos de mujeres con diagnóstico de Trastorno de Personalidad Borderline para determinar la prevalencia del abuso dentro de este grupo.
- c.- Investigación y revisión de casos de mujeres con diagnóstico de Trastorno de Identidad Disociativo (antes personalidad múltiple), destinada a establecer la prevalencia y posible etiología del abuso en la génesis del trastorno.
- d.- Investigación acerca de sujetos con diagnóstico de Amnesia disociativa (antes amnesia psicógena), con el mismo objetivo.

10.- CONCLUSIONES.

El tratamiento propuesto por Dolan, está basado en dos distintas vertientes de la psicoterapia, ambas de raigambre sistémica: la hipnosis naturalística o ericksoniana y la terapia estratégica de resolución de problemas desarrollada en el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, sistematizada y difundida por de Shazer.

Esta confluencia no es casual. El estudio de los fenómenos hipnóticos y las estrategias generales para su utilización terapéutica reportados en el trabajo de Milton Erickson mantienen una marcada influencia sobre una generación de investigadores y están a la base de toda una corriente de pensamiento en psicoterapia, en continua diferenciación, que no sólo goza de gran prestigio, sino que se revela como un terreno fértil tanto para la investigación como para el ejercicio de la práctica clínica, generando, además, un nutrido y siempre creciente flujo de publicaciones.

Este trabajo pretende llamar la atención sobre un tema demasiado frecuente sobre el cual mucha gente prefiere apartar la vista y ante el cual incluso los profesionales parecen sentirse impotentes. Más que aumentar la alarma y alentar los sentimientos de incapacidad e inutilidad, se trata de ofrecer lo que parece ser una alternativa esperanzadora y útil.

En relación a lo anterior, el modelo de tratamiento propuesto se revela útil y efectivo en casos de mujeres adultas jóvenes y adolescentes víctimas de abuso sexual durante su infancia.

Tales resultados están relacionados con la elección de un criterio diagnóstico específico que se muestra como un marco ordenador e integrador adecuado para la gran variedad de síntomas asociados al abuso sexual.

De esta manera, la reexperimentación persistente del trauma, las conductas de evitación y los síntomas de aumento de la activación, con el deterioro concomitante que experimenta la paciente, pueden ser tratados como una unidad poniendo énfasis en el tema de la disociación como un aspecto clave.

Si nos centramos en este último aspecto, podemos entender cómo es que varias de las personas que hicieron parte de la muestra y que habían pasado por

psicoterapias anteriores mantenían partes de la sintomatología al estar éstas fuera del alcance de dichas terapias.

A este respecto, se halló que la intervención en la fuente de la sintomatología puede, por sí sola, modificar los circuitos de retroalimentación relacionales que contribuyen a agravar y mantener tales síntomas en el tiempo.

Desde este punto de vista se destaca la utilidad de la modalidad de tratamiento aún cuando sólo se trabaje con el paciente. En relación con el sistema familiar, en general se observó una tendencia hacia una mayor simetría en la relación de la pareja y una mayor diferenciación de los sistemas parental y filial. Esto operó en el sentido de mejorar la relación aunque en dos casos significó la ruptura de la pareja. En general, las madres se volvieron más efectivas y sensibles a las necesidades de sus hijos de acuerdo a lo reportado.

Por otra parte, una ventaja adicional del formato de tratamiento propuesto radica en que es igualmente válido para cualquier causal de Stress Postraumático, sólo con el expediente de cambiar los contenidos.

Se subraya, así, la importancia del entrenamiento en el manejo de abreacciones por parte de los terapeutas, dado que su ocurrencia casual durante la terapia no garantiza de ninguna manera la necesaria corrección. Incluso, a causa de lo anterior, más de algún terapeuta puede equivocar el diagnóstico empeorando inadvertidamente la situación.

Se sigue de lo anterior la conveniencia del entrenamiento en hipnoterapia en un marco adecuado y el uso de la Terapia Estratégica como una modalidad efectiva en el tratamiento de síntomas del Trastorno por Stress Postraumático.

11.- BIBLIOGRAFÍA.

Avendaño, C. y Vergara, I. (1992). *La violencia en Chile, dimensiones: colectiva, cultural y política*. SERNAM. Santiago

Barudy, J. (1991). *Dictaduras Familiares, Maltrato Infantil, Incesto. Una lectura sistémica del maltrato infantil*. Contribución a las Terceras Jornadas Chilenas de Terapia Familiar. "Terapia Familiar y Contexto Social." Santiago, Chile.

"*Código Penal*." (1989). Santiago, Chile: Editorial Jurídica de Chile.

De Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Dolan, Y. (1991) *Resolving Sexual Abuse. Solution- focused therapy and ericksonian hypnosis for adult survivors*. New York: Norton

APA. (1995). *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV*. Barcelona, Madrid: Masson, S.A.

Erickson, M.H. (1954/1980). Pseudo-orientation in Time as a Hypnotherapeutic Procedure. En Rossi E.L. (ed.), *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis*, Vol. IV. New York: Irvington, pp. 397-423.

Escaff, E. et al. (1989). *Superando el trauma de la violación*. Revista Institucional. Policía de Investigaciones de Chile. N°68, pp. 64-79. Santiago.

Escaff, E.; Gálvez, J.; Frez, C. (1992). *Hacia un modelo terapéutico para víctimas adolescentes de violación por desconocido*. Apunte de

Cátedra de Patología Social. U.Ch., Santiago.

Hammond, D.C. (1990). *Handbook of Hypnotic Suggestion and Metaphors*. New York: Norton

Labatut, G.; (1983). *Derecho Penal*, Santiago: Ed. Jurídica de Chile.

Madanes, Cloé. (1989). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Madanes, Cloé. (1993). *Sexo, amor y violencia. Estrategias de transformación*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Maltz, W., Holman, B (1987). *Incest and sexuality: A guide to understanding and healing*. Lexington: Lexington Books.

Orne, M.I. (1985) The validity of memories retrieved in hypnosis. En B. Zilbergeld, M.G. Edelstein and D.L. Araoz (Eds.), *Hypnosis. Questions and Answers*. New York: Norton, pp. 45-46.

Perrone, R. (1996) *El abuso sexual: Reflexiones y tratamiento* (entrevista). En Revista del Instituto de Terapia Familiar. Santiago.

Perry, C.; Laurence. J.R.; Nadom, R. and Labelle, L. (1986) Past lives regression. En B. Zilbergeld, M.G. Edelstien and D.L. Araoz (Eds.), *Hypnosis. Questions and Answers*. New York: Norton, pp.50-61.

Pincus, L. y Dare, C. (1982), *Secretos en la Familia; Terapia familiar*. Santiago: Cuatro Vientos.

Poblete, A y Varas, Y. (1994), *Primer Congreso Nacional Mujer y Salud Mental: Abuso Sexual en la Infancia y Psicopatología en la Mujer*: Servicio Nacional de la Mujer, Chile.

Relinger, H. (1986) Fabrication in hypnosis. En B. Zilbergeld, M.G. Edelstien and D.L. Araoz (Eds.), *Hypnosis. Questions and Answers*. New York: Norton, pp.40-44.

Ritterman, N. (1988). *Empleo de la hipnosis en terapia familiar*. Ed. Amorrortu, B. Aires

Rossi, E.L. (1986) *The New Psychobiology of Dissociation. The State-Dependant Memory and Learning Theory of Hypnotherapy*. *Hypnos*, 13(4), pp 184-199.

Rossi, E.L. (1990/1993) "De la Mente a la Molécula: Una teoría de la curación mente-cuerpo: Memoria, aprendizaje y comportamiento dependiente del estado." En Bowie, D. y Pacheco, M. (Comp.), *Fundamentos para una terapia psicobiológica: Uniendo mente/cuerpo*. Instituto Milton Erickson, Santiago, pp. 19-42.

Rossi, E.L. (1990/1993) *De la mente a la molécula, más que una metáfora*. En Bowie, D. y Pacheco. M. (Comp.). *Op. cit*, pp.102-118.

Rossi, E.L. (1986) *The Psychobiology of Mind-Body Healing*, New York: Norton.

Rossi, E.L. (1993) *The Psychobiology of Mind-Body Healing. New Concepts of Therapeutic Hypnosis*, Revised Edition. New York: Norton.

Rossi, E.L. (1985) *Dreams and the Growth of Personality: Expanding Awareness in Psychotherapy*. (2nd. Edition). New York: Brunner/Mazel.

Rossi, E. y Cheek, D. (1988). *The Mind-Body Therapy*. New York, Norton.

Siegel, S. (1972). *Estadística no Paramétrica: aplicada a las ciencias de la conducta*. México: Trillas.

Análisis de Situación N°6. (1991). Menores en circunstancias especialmente difíciles. Santiago: Unicef. pp 107-110.

Wittaker, J. (1984). *Psicología*. México: Editorial Interamericana.

Yapko, M.D. (1990) *Trancework*. Second Edition. New York: Brunner/Mazel.

12.- APÉNDICES.

APÉNDICE A:

ESCALA DE RECUPERACIÓN ORIENTADA A LA SOLUCIÓN PARA EL
ABUSO SEXUAL
(DOLAN, 1991)

Nombre:.....Fecha:.....
Por favor, responda a todas las preguntas. Al lado de cada ítem, indique el grado en cual éste ocurre.

	En lo absoluto	Sólo un poco	A menudo	Mucho
1.- Capaz de pensar/hablar respecto al trauma.				
2.- Capaz de pensar/hablar otras cosas que no sean el trauma.				
3.- Duermo bien.				
4.- Sentirse parte de la familia.				
5.- Apoyarse a sí misma.				
6.- Mantener la apariencia física. (uñas, cabello, etc.)				
7.- Ir a trabajar.				
8.- Participar en actividades sociales fuera de la casa.				
9.- Capaz de salir de casa.				
10.- Cuidar de los niños y de los seres amados.				
11.- Cuidar de las mascotas, las plantas				
12.- Salir a cenar.				
13.- Mostrar un apetito saludable.				
14.- Adaptarse a situaciones nuevas.				
15.- telefonear a amigos y a los seres amados.				
16.- Reírse ante algo divertido.				
17.- Capaz de mirar a los seres amados y a los amigos a los ojos.				
18.- Capaz de mirar a los extraños a los ojos.				
19.- Capaz de estrechar la mano.				
20.- Estrechar la mano de los seres amados.				
21.- Besar a los seres amados en la mejilla.				
22.- Besar al esposo/esposa o pareja en la boca.				
23.- Disfrutar haciendo el amor.				
24.- Iniciar el acto sexual.				
25.- Bañarse normalmente.				
26.- Interesarse en el futuro.				
27.- Continuar con actividades de ocio.				
28.- Incorporarse en nuevas actividades recreativas / nuevos intereses.				
29.- Tomar medidas de protección dentro y fuera de la casa.				
30.- Capaz de discriminar entre relaciones de apoyo y no apoyadoras.				
31.- Escoger relaciones apoyadoras.				
32.- Iniciar conversaciones con la familia, amigos y colaboradores.				

- 33.- Iniciar conversaciones con conocidos y extraños.
- 34.- Capaz de relajarse sin drogas ni alcohol.
- 35.- Tolerar bien la crítica de otros.
- 36.- Aceptar bien los elogios.
- 37.- Otras señales de recuperación.
- 38.- COMENTARIOS.

En lo absoluto	Sólo un poco	A menudo	Mucho

APÉNDICE B:

Preguntas que orientan y ayudan a la paciente a identificar su situación específica, mientras apelan a recursos de la familia, amigos y otros significativos:

- ¿Cuál será la primera señal (pequeña) que las cosas están mejor, es decir que (el abuso sexual) está teniendo menos impacto en su vida cotidiana?
- ¿Cuán diferente será usted cuando esto (el abuso sexual) sea un problema menor en su vida?
- ¿Qué cosas diferentes estará haciendo con su tiempo?
- ¿Qué cosas estará pensando (haciendo) en lugar de pensar en el pasado?
- ¿Hay veces en que lo anterior ya está sucediendo en algún grado (aunque sea un poco)? ¿Cuál es la diferencia respecto a esos momentos? ¿Cuán útil es esa diferencia?
- ¿Qué diferencias traerán consigo esos cambios saludables mencionados más arriba, cuando estén presentes en su vida a lo largo del tiempo (días, semanas, meses, años)?
- ¿Cuál piensa Ud. que sus (otros significativos) dirían que es la primera señal que las cosas están mejorando? ¿Qué piensa Ud. que su (otro significativo) advertirá primero?

- ¿Qué cree Ud. que sus (amigos, jefe, otros significativos, etc.) advertirán primero a medida que Ud. sana aun más?
- ¿Qué diferencias positivas de esos cambios sanadores identificará a través del tiempo en su relación con (otro significativo)?
- ¿Qué diferencias ocasionarán en las generaciones futuras en su familia esos cambios curativos que ha identificado?

APÉNDICE C:

Estrategia para construir claves para comodidad y seguridad.

- 1.- Pedir a la cliente que piense en una experiencia en la cual se sienta con "relativa¹³ calma y seguridad."
- 2.- Pedir al cliente que "piense en la experiencia ya identificada." Este paso puede ser hecho con los ojos abiertos o cerrados.
- 3.- Pedirle que "advierta y describa todos los detalles de esa experiencia, con referencia especial a las imágenes, sonidos y sensaciones."
- 4.- Invitar a la paciente a "tomar algún tiempo para disfrutar esa experiencia."
- 5.- Después, luego de un momento, invitarla a "sentirse libre de hacer todos los ajustes, adiciones o sustracciones de detalles que aumentarían la comodidad y seguridad de esa experiencia."
- 6.- Pedirle que indique cuando tenga la experiencia a través de un asentimiento de cabeza.
- 7.- Invitarla a "disfrutar de la experiencia una vez más... y mientras lo está

¹³ La importancia del uso de la palabra "relativa" en lugar de términos extremadamente positivos radica en la necesidad de evitar la elicitación de la polaridad. Por otra parte, es un modo respetuoso de apelar a una persona que probablemente se encuentre muy afectada emocionalmente. En caso que aún así la persona esté incapacitada para recordar una experiencia semejante, se puede utilizar un modo más indirecto aunque efectivo y preguntar: "Qué le gusta hacer cuando no está pensando en aquellas cosas que la trajeron a terapia" o "Cuales son sus pasatiempos favoritos" o "Qué es lo que menos le desagrada hacer"

haciendo, puede seleccionar un pequeño símbolo que pueda servirle para recordar esa experiencia placentera en el futuro... una especie de "souvenir." El símbolo puede ser una imagen, un sonido o una sensación que le evoque la experiencia." Después sugerirle que podría gustarle "tomar un pequeño descanso y dejar al inconsciente escoger por Ud., y ver qué símbolo significativo viene a su mente."

- 8.- Solicitarle que por un momento vuelva a enfocarse en la realidad externa del presente, y después de pedirle que "piense en ese símbolo por un momento y advierta cómo se siente", para volver a acceder el estado de seguridad y comodidad.
- 9.- Sugerirle que puede "sentirse libre de usar ese símbolo cuando quiera que lo necesite para reconectarse a un estado de (relativa) comodidad y seguridad."

A veces las pacientes pueden obtener beneficio al escribir la palabra para el símbolo en un papel que puede llevar consigo. Otra opción es que el terapeuta le dé a la cliente un objeto simbólico con el mismo fin.

El uso repetido de la clave aumenta su eficacia aunque es posible que los contenidos de ésta cambien durante el tratamiento, en la medida que cambian las percepciones y necesidades del paciente.

APÉNDICE D:

Procedimiento para el desarrollo de autohipnosis externamente orientada.

Primero, el terapeuta describe el procedimiento general y lo modela para la paciente, cuidando de responder cualquier pregunta que pudiese suscitarse. Luego se guía a la paciente a través de las siguientes instrucciones.

- 1.- Se invita a la persona a "encontrar una posición cómoda para su cuerpo y un lugar agradable para enfocar sus ojos, sabiendo que puede sentirse libre de hacer cualquier ajuste físico necesario para mantener su comodidad y relajación durante la experiencia."
- 2.- Se entrega a la persona la siguiente sugerencia destinada a permitirle evocar la experiencia de trance con los ojos abiertos, reforzando el foco externo, o cerrados: "Ud. puede mantener sus ojos abiertos durante la experiencia, o puede elegir cerrarlos pero no lo hará sino hasta sentir una agradable y ligera necesidad de cerrarlos."
- 3.- Se ofrece entonces una sugerencia que habilita a la persona para reorientarse en cualquier momento que pudiera desear hacerlo. "Si Ud. desea reorientarse en cualquier momento, por supuesto podrá hacerlo con facilidad simplemente moviéndose sólo un poco, u otra bella manera de hacerlo podría ser contar para sí misma hasta cinco, diciéndose a sí misma que Ud. estará progresivamente despierta, alerta y refrescada con cada número. Por ejemplo, uno...más y más despierta, dos...un poco más alerta, tres...comenzando a estar refrescada y alerta, cuatro...incluso más despierta, y cinco...completamente

despierta." Esta cuenta puede ser repetida si la persona siente que requiere más tiempo para reorientarse.

4.- La paciente nombra entonces en voz alta cinco imágenes, cinco sonidos, cinco sensaciones físicas, luego cuatro imágenes, cuatro sonidos y cuatro sensaciones físicas y así sucesivamente mientras cuenta hacia atrás en cada categoría. Llegado a este punto la persona puede, ya sea, escoger repetir el procedimiento para profundizar el nivel de ese placentero y relajado trance o, detenerse allí para disfrutar de la paz y comodidad que ha creado para sí misma con la autohipnosis externamente orientada.

5.- "La pérdida del orden en la secuencia, ya sea en número o categoría es en realidad una muy buena señal de que lo está haciendo bien." Es frecuente que las personas experimenten cierta confusión llegado a este punto. En tal caso, debe felicitarse a sí misma, ya que la confusión indica que está entrando en un agradable estado de trance. Puede, entonces, detenerse y disfrutar la agradable sensación de relajación del trance o bien pensar dónde se encuentra y continuar profundizando su estado de trance.

6.- Una consideración adicional: esta técnica puede ser usada en voz alta o en silencio. La ventaja de la primera alternativa consiste en el efecto reconfortante de escuchar la propia voz, a la vez que posibilita el monitoreo de la autoinducción por parte del terapeuta, así como la estimación del nivel de trance logrado. Si es realizada en voz alta, el terapeuta puede usar los silencios eventuales de la paciente como una señal para recordarle su clave de seguridad y comodidad. El trance desarrollado fortalece el efecto de la clave. La ventaja de utilizar la técnica en silencio radica en respetar la privacidad de la persona que prefiere no hacerlo en voz alta en frente de otra persona.

APÉNDICE E.

Procedimiento para una regresión a la fuente del síntoma y reencuadre de la situación traumática.

- 1.- Dejemos a su mente inconsciente hacernos saber cuando esté lista para trabajar en ello, señalándolo con una agradable liviandad en uno de sus dedos que podría elevarse completamente por sí solo, mientras Ud. va confortablemente hacia atrás hasta la fuente de esos síntomas, recordando sólo aquello que sea útil y necesario para sanar.

- 2.- Y mientras trabaja en aquello, revisando, su dedo permanecerá en alto...y mientras nota esa agradable sensación en su dedo...puede extenderse hasta su mano y luego... su brazo y luego...cualquier otra parte que sea necesario.

- 3.- ...Y cuando haya recordado y hecho cualquier ajuste interno útil que sea necesario y apropiado ahora para mejorar, su mente inconsciente nos lo hará saber permitiendo a su dedo descender y descansar confortablemente sobre su pierna.

APÉNDICE F:

Criterios entregados por el DSM-IV para el diagnóstico del Trastorno por estrés postraumático.

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

- (1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
- (2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

- (1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

- (2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

- (3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar

reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertar o intoxicarse). Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.

- (4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- (5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- (2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- (3) incapacidad para recordar algún aspecto importante del trauma.
- (4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
- (5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- (6) restricción de la vida afectiva (p.ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
- (7) sensación de un futuro desolador (p.ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación, *arousal*, (ausente antes del trauma), tal como indican dos (o más) de los siguientes

síntomas:

- (1) dificultades para conciliar o mantener el sueño.
- (2) irritabilidad o ataques de ira.
- (3) dificultades para concentrarse.
- (4) hipervigilancia.
- (5) respuestas exageradas de sobresalto.

- E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B,C y D) se prolongan más de un mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

APÉNDICE G.

INSTITUCIONES QUE ASISTEN CASOS DE ABUSO SEXUAL.

nombre : Policía de Investigaciones de Chile, Instituto de Criminología,
C.A.V.A.S.
dirección : Román Díaz 817, Providencia
fono : 2048886
fax : 2351229
responsable : Elías Escaff Silva, Psicólogo.
horario : Lunes a Viernes de 9:00 a 18:00 Hrs.
área de acción : Nacional
beneficiarios : Toda persona afectada por abuso sexual, acreditado o no.

nombre : Centro de Medicina y Desarrollo Integral del Adolescente,
Facultad de Medicina Universidad de Chile (CEMERA).
dirección : Av. Profesor Zañartu 1030, Independencia.
fono : 6786484-7377080
fax : 7356512
responsable : Dr. Ramiro Molina Cartes
horario : 8:30 a 17:00 Hrs.
área de acción : Abierto a demanda de acuerdo a los distintos programas.
beneficiarios : Población adolescente y capacitación a profesionales
interesados.

nombre : Unidad de Sexología Forense del Servicio Médico Legal.
dirección : Av. La Paz 1012, Santiago.
fono : 7370389 an. 350
fax :

responsable : Dr. David Rodolfo Montoya Squifi
horario : 24 horas, todo el año
área de acción :
beneficiarios : Toda persona afectada por agresiones sexuales y patologías médicas, previa denuncia a Carabineros o Policía de Investigaciones, que signifique el inicio de una acción judicial.

nombre : Centro de Atención a la Familia en Crisis, Hospital Luis Calvo Mackenna.
dirección : Avenida Antonio Varas 360, Providencia.
fono : 2357711, anexo 417
fax :
responsable : Dra. Laura Germain
horarios : Lunes a Jueves en la mañana, Miércoles de 14:00 a 18:00 Hrs.
área de acción : Area de Salud Oriente.
beneficiarios : Menores de 18 años, víctimas de maltrato y sus familias.

nombre : Consultorio N°1, Servicio de Salud Metropolitano Central.
dirección : Copiapó 1323.
fono : 6983697.
fax :
responsable : Sra. Gina Jara, Enfermera.
horario : Lunes a Viernes de 8:30 a 16:00 Hrs.
área de acción : Sector Jurisdiccional del consultorio.
beneficiarios : Población beneficiaria del consultorio en riesgo de maltrato infantil.

nombre : Consultorio San José de Chuchunco, Servicio de Salud
Metropolitano Central.
dirección : Coyhaique 6025, Estación Central.
fono : 7413668
fax : 7410028
responsable : Sra. Erika Espinoza, Asistente Social.
horario :
área de acción : Sector jurisdiccional del consultorio.
beneficiarios : Población beneficiaria del consultorio en riesgo de maltrato
infantil.

nombre : Consultorio N°5, Servicio de Salud Metropolitano Central.
dirección : Unión Americana N°98, Santiago.
fono/fax : 6890091-6890092-6890093.
responsable : Dr. Erico Vhymeister Tzschabran.
horario :
área de acción : Sector jurisdiccional del consultorio.
beneficiarios : Población beneficiaria del consultorio.

nombre : Programa de Maltrato Infantil del Consultorio de Psicología
de la Universidad Católica de Chile.
dirección : Vicuña Mackenna 4860
fono : 6864632 anexo 4838
fax :
responsable : Sra. Carmen Olivari P., Psicóloga.
horario : Lunes, Miércoles y Viernes de 9:00 a 17:00 Hrs.
área de acción : Abierto a demanda.
beneficiarios : Menores y familias en situación de maltrato y/o abuso,
derivados del mismo consultorio u otras instituciones.

nombre : Defensa del Niño Internacional, Sección Chilena.
dirección : Ramón Carnicer N°81 oficina 606, Providencia.
fono : 800-205070
fax : 2226884
responsable : Sra. Flora Andrade.
horario : Lunes a Viernes de 9:00 a 18:00 Hrs.
área de acción : Abierto a demanda.
beneficiarios : Menores en situación de maltrato que efectúen denuncia a través de su servicio telefónico (línea 800) o que acudan personalmente.

nombre : Corporación Asociación Chilena Pro Derechos de los Niños y los Jóvenes, PRODENI.
dirección : Brown Norte 379.
fono : 2743150/3414941
fax :
responsable : Sr. Osvaldo Torres G., Presidente.
horario : Lunes a Viernes de 9:00 a 18:00 Hrs.
área de acción : Comunas de La Granja, Peñalolén, Recoleta. Ciudades de Rancagua y Los Andes.
beneficiarios : Menores de 18 años (atención gratuita)

nombre : COSAM Quinta Normal.
dirección : Dr. Ottolenghi 5151
fono : 7733485
responsable : Sra. Elisa Romo O.
horario : Lunes a Viernes de 8:00 a 18:30 Hrs.
área de acción : Comuna de Quinta Normal.
beneficiarios : Población interesada de escasos recursos e instituciones.

nombre : COSAM San Bernardo.
dirección : Martín de Solís 14260, Población Confraternidad, San Bernardo.
fono : 8581556
fax :
responsable : Sra. Verónica Márquez Pauchard.
horario : Lunes a Viernes de 9:00 a 18:00 Hrs.
área de acción : Comuna de San Bernardo.
beneficiarios : Menores.

nombre : COSAM Ñuñoa, Programa: Creciendo Sanos y Felices.
dirección : Pedro de Valdivia 5140, Ñuñoa (Próxima dirección, Juan Moya 1380)
fono : 2386387 (próximo 2761029)
fax :
responsable : Sra. Marcela Castillo Norambuena, Psicóloga.
horario : Lunes a Viernes de 8:00 a 19:00 Hrs.
área de acción : Comuna de Ñuñoa.
beneficiarios : Población general.

nombre : Consultorio Diego Portales, Corporación de Ayuda al Menor, Programa de Abuso Sexual (PAS).
dirección : Fresia 670
fono : 2237530/2042617
responsable : María José Muñoz Blin, Psicóloga
horario : Lunes a Viernes de 9:00 a 13:00 Hrs.
área de acción : Nacional
beneficiarios : Menores referidos de la red SENAME y de los Centros Abiertos.

ANEXOS

ANEXO 1:

Resultados de la aplicación de la prueba "*t de Student para muestras pareadas*".

A objeto de poner a prueba los resultados obtenidos en el estudio se sometieron éstos a la aplicación de la prueba de *t de Student para muestras pareadas* con una potencia superior. Manteniendo *ceteris paribus* todas las otras condiciones del análisis de resultados, se introdujo el supuesto de equidistancia entre los intervalos de la variable, es decir, se transitó de un nivel ordinal de medición a uno intervalar. Este supuesto es difícil de comprobar y altamente improbable, sin embargo tampoco se le puede descartar, de modo que se le consideró útil en cuanto aporta algunos elementos adicionales.

Para llegar a la decisión se utilizó el programa computacional "Primer of Biostatistics".

Los resultados son los que siguen, siendo el grupo 1, "después" y el grupo 2, "antes":

Grupo	N	Media	Desv.S
1	12	85,67	11,31
2	12	70	11,35

Con un 95% de intervalo de confianza para la diferencia: 8.50 a 22.84, obtenemos un valor de $t = 4.809$ con once grados de libertad; con una $P = 0,000$.

Con estos valores rechazamos la H_0 y aceptamos H_1 .

ANEXO 2.-

CASO "I".

ANTECEDENTES PERSONALES.

29 años.
Educatora de párvulos
Casada, 2 niños varones

SINTOMATOLOGÍA. (Según DSM-4)

A.

Abusada por conocido (amante de la madre) a una edad indeterminada entre los 7 y 8 años. (Durante el tratamiento se revelará que el abuso se extendió durante un período largo de tiempo).

B.

1.- Recuerdos y sensaciones persistentes de la situación traumática. Cuando se presenta a consulta éstas han disminuido ligeramente desde hace un año. Principalmente persiste una sensación de indefensión permanente.

2.- Pesadillas recurrentes, ella las señala como "parte de su historia". Antes tres veces al mes mínimo. Intensa angustia y desagrado, (sueña con el agresor pero sin rostro). Hasta hace un mes antes de decidir, finalmente, asistir a terapia han disminuido a un promedio de una por semana.

3.- Sensación de que el abuso está ocurriendo. Muy a lo lejos.

4.- Malestar psicológico intenso al ver películas o noticias referidas a violaciones. Siente malestar psicológico, además, ante su propia excitación sexual. Ella lo relaciona con intensos sentimientos de culpa dado que recuerda o cree haber experimentado placer durante el abuso.

5.- Respuestas fisiológicas. Sensaciones corporales (angustia, desgano total, no puede respirar bien), temblor (piernas y manos como lana), transpiración que no entiende y la inquieta. Crisis de angustia. Ganas de esconderse igual que cuando era chica. Estos aspectos se han agudizado durante el último año.

C.

1.- Evita pensar en el abuso, los sustos, la culpa, la sensación corporal. Hoy en día puede hablar del abuso en algunos contextos protegidos¹. Nunca ha mencionado el tema dentro de la familia de origen.

2.- Evita activamente situaciones en las cuales está sola con varones, y fuerte rechazo cuando se siente atraída por alguien. Ha desarrollado el recurso de "bloquearse", con resultados alternos, o volverse agresiva y sarcástica.

3.- Recuerdos incompletos de la situación del abuso, siente que hay algo más. EJ. El rostro del agresor.

4.- No se observa.

5.- Desapego ante los demás. "Más o menos con las cosas jodidas". Reacciona después (semanas o meses después) hasta 2 meses después. Algún grado de desvinculación ante sus hijos.

6.- No se observa.

7.- Desea, más bien, librarse de los síntomas pero cree que es inútil y que este será otro intento fallido. Siente que "algo" le pasará a sus hijos.

D.

1.- Dificultades para conciliar o mantener el sueño. En general bien, antes no. Control a través del Tai-Chi. Excepto pesadillas. Dificultad para conciliar el sueño.

2.- Irritabilidad ante familiares (marido, hijos) y compañeros de trabajo.

3.- No se observan.

4.- Hipervigilancia. Sólo cuando está sola.

5.- No.

E. Si

F. Si

¹ Pudo referirse al tema por primera vez, hace un año y medio, durante un taller de mujeres, luego asistió a algunas sesiones de terapia, "sin mayores resultados". Sin embargo, es posible que su facilidad para hablar hoy del abuso, así como la disminución de algunos aspectos de la sintomatología, se deba a estas experiencias. Dentro de su familia sólo el marido conoce la situación.

OBSERVACIONES.

Presenta gran rigidez corporal y en su rostro. Su expresión es agresiva y desafiante, incluso en la situación de entrevista.

SESIÓN 1.

Se dedica la sesión a la recopilación de antecedentes, establecimiento de la sintomatología, aplicación del instrumento con el doble propósito de evaluar así como establecer desde un principio los recursos de los que ya dispone la paciente como parte del proceso de construcción de soluciones.

Se desarrolla, inmediatamente a continuación, el *Simbolo del Presente*, para ser utilizado a posteriori, dentro o fuera de la situación de terapia. La paciente selecciona unos aros de plata que adquirió hace poco tiempo luego de un largo tiempo de dudar ya que, hasta ese momento, no se había atrevido a usar adornos personales. Se la felicita por su elección y se le sugiere portarlos con ella, ya sea puestos o no.

Se le asigna como tarea "notar cualquier pequeña diferencia que pueda ocurrir entre ésta y la próxima sesión y que ella estime que sea bueno que continúe".²

Luego de estas tres primeras intervenciones se da por concluida la sesión.

SESIÓN 2

Se inicia la sesión con la revisión de la tarea.

Afirma que siempre ha sentido miedo o rabia a (permitirse) sentirse frágil y ahora no sucedió.

La segunda cosa que pudo notar es que no estuvo tan irritable como de costumbre.

Se formulan, a continuación, preguntas destinadas a identificar su situación específica poniendo énfasis en un futuro donde la mejoría sea posible, (Ap. B).

Algunas de las respuestas que se recogen son:

- No andar tan tensa a nivel muscular (manos - dientes). Antes aceptaba que la cosa era así. Ahora ya no pasa tanto. - Mirar las cosas diferente. Mejor expectativa desde su mirada "visión", hoy siente que las "cosas son más livianas", siente que no hay un destino fatal.
- Dejar de sentir susto sin saber por qué (paralización). Siempre sintió que las cosas podían cambiar para mejor.
- Estar más relajada, estar más tranquila, corporal (no andarse castigando). Si pasa una vez por semana consideraría que es una mínima señal.
- Dar paso a las cosas "sin pelear con ellas". Sentir fluir las cosas, estar en armonía con su cuerpo. Minimizar dificultades. Sentir capacidad de intervenir (influir) en su propia vida así como ayudar a otros.
- Dejar de pelear. Menor autocensura, mayor aceptación. En situación de contacto con varones, especialmente si le gustan (evitar postura diferente que no siente naturales). En la actualidad siente que puede salvar la situación pero con gran tensión.
- Que no transpiraran las manos.
- Ser capaz de decir lo que pienso y siento (sin gritar) y sin sensación "de pedir permiso".
- No encontrarse buscando excusas.

Se introduce la Pregunta Milagro, agregando a continuación en qué grado estas cosas ya están sucediendo (entre paréntesis).

- Diferentes relaciones con las personas, especialmente con los hombres. Sería entregada y no desconfiada. (muy poco).
- Estaría más liviana, tranquila y en armonía "sin carga" (algo).
- Mirar lo mismo de otra manera. (algo).
- En relación con su marido se encontraría planteando lo que siente en forma directa.
- Diferentes relaciones con la madre (ya han cambiado algo), mirarla como ella es sin tanta rabia, a las hermanas y familia sin hacerse cargo de esas situaciones.... y del padre ... (ya pone límites) a veces lo logra - distancia.
- No hacerme cargo de tantas cosas.
- No reprimir su agrado en las relaciones con los hombres, no dando ni pidiendo permiso, poder ser femenina pero sin miedo ni culpabilidad.
- Estaría relajada (casi todo el tiempo) . (Algo - Ciclos).
- Se sentiría libre. (de asumir su vida y sus relaciones)
- Asumir estados de ánimo, sentimientos . (Ya pasa un poco).
- Tendría espacios propios no invadidos.

T: ¿Qué diferencias traerán consigo esos cambios saludables que ha mencionado cuando estén presentes en su vida a lo largo del tiempo?

P: Tendré una relación más natural y más grata con mis hijos.

Una sexualidad más sana.

² El uso de esta tarea se hará estándar a lo largo del tratamiento.

La pasarían mejor en general.

Se lograría romper con algo. Aprendería a romper con cosas, tanto del presente como del pasado.

T: ¿Qué diferencia cree Ud. que otras personas importantes en su vida notarían primero?

P: Mis hermanas ya me han dicho que parezco más relajada.

Se asigna la tarea de continuar notando pequeñas o incluso mínimas diferencias saludables que puedan suceder.

SESIÓN 3

Nuevamente se revisa la tarea.

Encontró que tenía más paciencia, humor y ganas de vivir. Estas son cosas que desea conservar fervientemente. Luego pensó que era difícil el cambio y que sólo lograría que los síntomas se atenuaran. Pero le cuesta creer.

La tensión ha sido onnipresente. Afirma que: "no puede recuperar su cuerpo".

Ante la evidencia de tensión y malestar se le sugiere que se concentre sobre su *símbolo del presente*, con buenos resultados. "me siento diferente, más livianita más contenta"

Una vez que la paciente se recupera se desarrolla la *clave de seguridad y comodidad*.

Primero se le pregunta qué cosa le produce agrado.

P: Crear, pintar cerámica, cine, recorrer, salir, observar, juntarse con amigas, amigos. En ocasiones estar sola.

En segundo lugar, se la invita a concentrarse en una situación que ella misma puede escoger y que le produzca un profundo agrado y comodidad, fijando su atención en las imágenes, sonidos y sensaciones corporales que acompañan a esa experiencia.

P: Un lugar de la casa con ventanas. Luz de sol. Pintura, delantal, pinceles, pintura, estoy pintando árboles.

Música muy suave, como arco iris, sonido de la naturaleza (hojas, ruido del silencio).

Muy grata, sola la casa, me siento en armonía, tranquila, segura, de pie mirando hacia afuera, los árboles que no se terminan.

Luego se continúa con la técnica tal como se describe en el Apéndice C.

La paciente escoge un SOL como su clave de comodidad y seguridad.

A continuación se decide aprovechar que la paciente se encuentra dando señales de un ligero trance hipnótico, para reforzar los efectos de la *clave de comodidad y seguridad* a la vez que se le enseña una modalidad de autohipnosis centrada en esas sensaciones. El sentido de este cambio fue el de permitir a la paciente experimentar el trance de un modo no amenazante, transfiriéndole el poder, y facilitando así trances ulteriores.

El método utilizado es el mismo al descrito en el Apéndice D, pero utiliza las imágenes, sonidos y sensaciones de la estrategia anterior.

Se asigna la tarea de practicar el uso de su clave de comodidad y seguridad.

SESIÓN 4.

Se presenta notoriamente más relajada tanto en lo corporal como en la expresión de su rostro.

Anduvo muy relajada la otra tarde (después de la última sesión). Luego, durante el fin de semana, anduvo más o menos, deprimida - pesimismo. Un día postrada. El ejercicio del sol le ayudó a salir de esa situación. Requiere un espacio. Alegría de tener el control de la situación (incredulidad). Sentimiento de vulnerabilidad que ha contrarrestado con éxito, (elemento de protección - sol). Se siente muy al descubierto (por el tratamiento). Rumiación depresiva, la cual combate con negación lo que le ha dado resultados (expresa su inquietud de no dar vuelta a lo mismo).

Tiene miedo de formarse expectativas. Ha sentido envidia de sí misma cuando se ha visualizado en versión "sana" al usar la *clave de seguridad y tranquilidad* (vio "clarito" que no se había privilegiado a sí misma, sentía (antes) que no era importante). Siente (ahora) que puede ser natural - esperanza - alegría.

Esta semana se metieron en su cartera (pena y rabia). En casa sucede lo mismo. Se siente invadida.

En cuanto a expresar estos sentimientos no lo ha dicho, lo ha actuado (violentamente) a veces. Cuando sucede, a esto le sigue pena, frustración y rabia (sentimiento de ser invadida).

Ante situaciones que habitualmente le producen tensión ha usado su símbolo del presente. Ej - "para sentirse femenina", "para protegerse de sus culpas y miedos". Esta experiencia le ha servido para cuestionar la culpa y el transpirar.

A sido una semana "llena de cosas", siente que las cosas comienzan a salir bien.

TAREA: Progresión de edad en vigilia a través de una carta. Imaginar lo que es necesario para que el tratamiento sea más efectivo y cómo superar, en general, este momento que está pasando. Ej. ¿Qué hizo ella para que respeten sus espacios?

COMENTARIO: Al comienzo de la entrevista su reporte es más bien optimista, luego, en la medida que avanza el relato, comienza a minimizar sus logros y a adoptar un tono más bien pesimista y escéptico. Se retira de buen ánimo.

SESIÓN 5

Se presenta visiblemente nerviosa. A continuación narra que ahora está desanimada y que en la semana estuvo más o menos. No pudo hacer la carta no le encontró sentido. En otro momento sí lo hubiera podido hacer. Cuando salió de aquí estuvo bien varios días. Luego pasó algo con la pareja. "Busqué crear la situación con mi pareja para que me castigara". Sintió la misma situación desagradable (se sintió como en el aire, no le dice nada, siente la agresividad en los gestos³ (agresividad) - anduvo mal - luego se sintió que había estado así en "otro mundo"), señala que esto ha pasado antes en forma reiterativa. Le produce mucha tristeza y susto - me protejo con la actitud de: "a mi no me pasa nada", "escapo". Sintió el impulso de arrancar a un rincón de la casa y taparse con algo (impulso incontrolable), una vez no lo controló, otra vez sí. En esos momentos tiene la sensación de "volarse", quedar en blanco.

Después agrega: Pero tuvo, esta vez, una actitud distinta. (no ha hecho ahora esfuerzo - se siente feliz) se sintió grande y orgullosa de ella misma. No cargó con su enojo (del marido), no hubo culpa. "La rabia era de él". "¿Cómo me lo pude vivir antes así? - tranquilidad" (siente que pudo mirarlo entero [al marido] sin culpa ni "ensuciar" la situación).

Le dio pena que no pudiera expresar su rabia (él). No se sintió complicada. "El problema es de J. (el marido) y no mío". No se desbordó en lágrimas y se dio cuenta que no se podía vivir en esas condiciones. Ahora entendió por qué pide permiso. Ahora no pidió ella permiso.

T: Y ahora qué fue diferente.

P: Se enojó. Pero tampoco asumí su enojo. No hice ningún esfuerzo. - No hubo desaliento.

T: Y el futuro qué cambios se producirán a raíz de esto.

P: En casa ya hay cambios, al no haber desaliento hay menos peleas con los niños. Ahora soy capaz de terminar algo. - Me siento más relajada con los niños. Ella verbaliza la situación - y el niño quedó bien. No hubo pataletas (T., 6 años y medio).

Viviremos la vida más natural... nos enfrentaremos pero sin estar cruzados por la culpa.

S. de cuatro años y medio no "se hizo el loco como es su estilo", ella quedó extrañada "empieza a contar cosas de él por sí mismo". (se desprende del relato que ella tiene una actitud menos ansiosa para con el niño).

Se utiliza a continuación la estrategia de 4 pasos destinada a debilitar *flashbacks*.

1.- T: ¿Cuándo se sintió así antes?

P: 1) Situaciones agresión.- en su casa con J. -" iguales."

a) Situación de agresividad....cuando la madre llenaba la casa de amantes ella era chica (miedo a que llegara el padre), quedaría la escoba.

b) Hombres en la casa...llegó el padre y la madre la puso al medio. Miedo (de que el padre matara a la madre). Paralización, recuerda la expresión.

c).- cuando fue abusada

2.- T: ¿En qué se parecen la situación que se dio en su casa y la situación original en que Ud. se sintió así antes?

P: - que es su casa y la otra también era su casa.

- también siente temor.

- ambas personas (marido y agresor) se parecen físicamente (ojos, boca, el pelo y el físico, motricidad (hay otras), la voz. Siente que J. no piensa en ella)

- sus miradas son muy parecidas.

- sensación de no poder salir de la situación.

- sensación de ser culpable de la situación.

- OJOS de AGRESIVIDAD⁴. La madre la usaba de testigo de que en casa no pasaba nada.

(recordó la cara). Cuando vio la cara del padre - luego la del agresor.

No podría haber sido diferente, se protegía no llamando ni buscando ayuda. No era una protección sana (quedaba más inermes), aunque ella estaba sana en ese entonces.

"por qué busqué alguien que me castigue".

Recordó el nombre del agresor "antes no lo podía ni nombrar. Sintió placer y culpa. La transpiración era sólo de susto. Ella siente que no era parte de ello (el abuso).

T: ¿Qué le dirías a esa niña que ella esté necesitando en este momento?

P: Que no soy culpable, que la dejen sola. Que no puede tener a la madre pero que se puede tener a sí misma.

T: Diga a esa parte menor de sí misma ese mensaje ahora, y note qué diferencias produce eso... e imagine a medida que los

³ Esto nos da un indicio de lo que puede ser una clave asociada al trauma.

⁴ En este momento comienza a dar señales de estar experimentando un estado disociado. Dado que se ha producido una regresión espontánea de edad, se decide utilizarla para integrar la experiencia traumática e introducir mensajes o comprensiones que no estuvieron presentes en la situación original.

años pasan...la diferencia que esto ahora, trae en el futuro...todos los diferentes modos en que este mensaje sanador influye sobre Ud... y su mente inconsciente puede repetir este saludable mensaje en cualquier momento y lugar que lo considere útil...
P: "Me dio pena que mi madre no me ayude y me culpe a mi de la situación...y que yo sentía que no era importante para ella... me quedé con la pena en el cuerpo, boté el vestido, no le conté a nadie. (Se sintió valiente por proteger a las hermanas).

Tenía tendencia a botarme, a no hacerme cariñoso. Por eso no usaba la técnica todas las veces que la necesité.
Ahora entiendo porque se me olvidan las cosas mías, por qué me decía que no era importante".

3.- T: ¿ En qué son diferentes el rostro de su marido, el del agresor y la situación en general?

P: - yo puedo salir de la situación

- puede decir lo que piensa, puede decir NO (defenderse).
- el espacio físico. Es más soleado,- la casa es abierta soleada, que cada uno tiene su espacio, que nos acompañamos.
- no siento peligro.
- nadie la pillaré de sorpresa (tiene control).
- se sabe proteger.
- no tiene sillones en su casa (ella lo decidió)
- hay calor.
- color de las paredes.
- J. (el marido) es moreno, pelo no dócil, bigotes, el olor, la vestimenta, manos más pequeñas, ojos más achinados y chicos, menos cejas.
- Puedo decir sí o no.

Pero no me siento diferente... hay algo diferente... me defiende, no dejaré que haga lo que él desea (voluntad propia).
Tengo control, independientemente de cómo me sienta.

4.- T: ¿Qué haría o se diría a sí misma en el presente para sentirse mejor?

P: Me diría que:

- Que no me va a obligar
- que no me va a alterar
- que no me va a tocar
- lo que está viviendo es de él y no mío.
- determinaría que haría o no haría.
- no me sentiré responsable por lo que pasa.
- no tengo que asumir la culpa.
- " no soy responsable por lo que pasa".
- " no me haré cargo de nadie"
- "no dejaré que me invadan"

Se asigna la tarea de escribir sus mensajes reaseguradores y portarlos con ella.

SESIÓN 6

Se presenta bien arreglada. Escribió sus mensajes reaseguradores. Los pegó en las paredes de su casa porque "tiende a olvidar las cosas que van en su beneficio". Buenos resultados. No ha experimentado sentimientos de desesperanza. Expresa tener la certeza del cambio y la intuición de la mejoría.

Se dedica la sesión a la eliminación de *flashbaks* durante los encuentros sexuales.

SESIÓN 7

Se presenta tranquila y serena. Se revisa la tarea. Manifiesta que ha sentido un ligero malestar en el útero, "como un nudo que se está abriendo"⁵. Expresa su necesidad de "armarse". Comienza afirmando que de la penúltima sesión salió con sensación de algo abierto. En la última salió confusa, (sensación de invasión) quiso retirarse de la terapia, pero tuvo la seguridad de tener en sus manos la situación. Eso implica para ella hacerse adulta (sentimiento de seguridad). Durante la semana tuvo un sueño en el cual veía un rompecabezas que era ella, pelo largo (ella usa el pelo muy corto). Caminaba tras ella misma, paso armonioso y una placentera sensación de libertad⁶. El sueño le causó un profundo agrado. Señala después que " la última sesión fue costosa para ella" porque entró en el plano de la intimidad. Sin embargo señala que "no se forzó a sí misma", " dije lo que quería decir".

⁵ Expresión metafórica referida a que está ocurriendo un cambio más allá de lo puramente cognitivo.

⁶ Sueño simbólico y sanador.

En cuanto a logros afirma que no han vuelto las pesadillas, lo que le produce un gran alivio. Del mismo modo lo sin rostro a sido (develado) lo que opera en el mismo sentido. Sentimiento de gran alivio corporal. Este punto se discute dado que desde hace varias sesiones su aspecto ha cambiado en forma muy notoria, a ella se le pregunta cómo es que se ha dado cuenta. Ella señala que es a partir de los comentarios de sus hermanas y colegas de trabajo. Se utilizan preguntas del tipo del Apéndice C⁷.

Ha logrado sumar cosas. Ya no se olvida tanto de sí misma. Sensación de tener ella el control.

Requiere mirar la situación tal como fue para "completarse".

Dado que la paciente ha estado experimentando estados disociados fuera de las sesiones se le sugiere entrar en trance a través del uso de su *clave de seguridad y comodidad* y la técnica de autohipnosis entregada en sesiones anteriores. Luego, se profundiza este trance con el recurso de sacarla del mismo y reinducir un segundo estado de trance con el método de confusión. Durante este segundo trance se utiliza la técnica de regresión a la fuente del síntoma, utilizando los resguardos desarrollados con anterioridad y destacando que sólo recordará aquello que es necesario para sanar.

Durante esta intervención, la paciente, recuerda aspectos olvidados del abuso (extensión, y otros detalles). Se introduce la sugerencia de mensajes autocorrectivos en el sentido de la integración de la experiencia traumática y proyección a futuro a través de la adición de nuevos contenidos a la memoria.

Una vez que sale del trance manifiesta gran serenidad y expresa que: "Tuve la sensación de haber sabido siempre que necesito tener la certeza de lo que soy (para vivir). Tengo muchas cosas positivas y no he podido avanzar. Sentirme más tranquila, armoniosa. Creo que lo voy a lograr. Veo (ahora) más positivo pero no las tengo internalizadas. No tengo que buscar en otro, creo que me puedo acoger a mi misma, me podré brindar ese apoyo.

Necesito buscar en mí. Ahora entiendo eso de hacerme cariño. Y me lo puedo brindar y lo tengo.

Me dio pena dejar a la niña, pero es la primera vez que puedo sin culpa ni miedo.

Me siento valiente (ahora entiendo lo de las partes) Ahora entiendo los fríos corporales (van desapareciendo). He sido valiente, (dadas las circunstancias), no he sido ni tan enrollada.

Tal vez he sido bastante intuitiva (con terapia o sin ella).

He ido atando cabos, porque ya se de dónde es este dolor (que es diferente), que yo me voy a proteger, que voy a hacerme cariño".

SESIÓN 8

Se presenta con sueño. Hoy no le duele más el útero, no ha caído en estados de disociación.

Logros. Pedir ayuda y encontrarla tanto en su familia como amistades, uso exitoso de *clave de comodidad y seguridad y símbolo del presente*. Siente que se ha aliviado.

Califica esta semana como la "semana de dolor", (para ella el este dolor tiene el significado de un nudo que se desata).

El Sábado asistió a grupo de autoayuda⁸ del que no se había hablado en terapia. Durante un ejercicio de visualización experimentó fuertes *flashbacks*, y recuperó recuerdos disociados. A consecuencia de ello padeció de alteraciones de su ciclo menstrual, dolores intensos de útero y cabeza.

Al día siguiente siguió disociada, durmió dos días. Tuvo mucha ideación suicida (que casi terminó en intento). *Flashbacks*. "No pisar...como un fantasma". Ayer se sintió mejor cuando creía que no iba a salir. Le han servido bastante las claves de seguridad y comodidad y su símbolo del presente.. Sintió que estaba viva por algo... no los hijos no el trabajo...algo más (ella misma). Me he curado sola, he sido fuerte. Le encanta que a pesar de todo ha seguido yendo a trabajar. No lo está pasando todo lo mal que debiera. No se ha encerrado. Ella misma se ha ido tirando (para salir). Adquiere la comprensión de que no es ella la que está enferma.

Se revisan las diferencias (logros).

- Seguridad en mí misma, siente que lo puede hacer, (mientras dice esto me percato de que su voz no es quejumbrosa).
- Comprueba que es capaz de manejar situaciones conflictivas y salir bien.
- No quedarse pegada en las situaciones .
- Ha descubierto capacidad de conmoverse con dolor del otro y acogerlas.
- le reconocen fortaleza, (amigas), también se sorprende ella de su fortaleza.
- impresiona su capacidad de trabajar y fijarse en los detalles (colegas).
- forma de caminar y rostro.
- Ha descubierto que tanto como puede dar apoyo a otros también desea obtenerlo y siente la necesidad de evitar en este

⁷ Este tipo de preguntas son utilizadas regularmente al grado que esta paciente las incorpora en forma natural durante la conversación con la cual se inician las sesiones.

⁸ Este episodio, potencialmente peligroso para la paciente, motivó una reunión entre el autor del estudio y las profesionales a cargo del taller (entre las cuales no se encontraba ninguna persona capacitada para hacer psicoterapia) donde se acordó mantener una coordinación más estrecha, así como los límites de las intervenciones dentro del taller.

momento a personas que siempre la buscan a ella.

- El marido se ha vuelto un apoyo para ella y hay tranquilidad en la casa.

La presencia de síntomas como los descritos al comienzo de la sesión es indicativa de la necesidad de una nueva intervención destinada a sanar la disociación, de modo que se intenta una nueva revisión disociada y reencuadre del evento traumático. Se realiza una inducción con la técnica de acompañar y dirigir mientras se da la indicación de mantener la clave y el símbolo de seguridad en un rincón de la mente durante toda la sesión. La regresión de edad se produce espontáneamente.

1) T: ¿Qué estás experimentando en este mismo momento?

P: dolor.

T: y qué estas necesitando y qué no obtienes?

P: Dormir...

2) T: Ve hacia adentro y observa en detalle qué diferencia podría implicar obtener eso.

NOTA: A partir de este momento la paciente guardó silencio, sin embargo la presencia de movimiento ocular indica trabajo inconsciente.

3) T: Puedes continuar percatándote de esa diferencia y puedes continuar experimentándola en cualquier modo que satisfaga tus necesidades.

4) T: Observa qué estás necesitando ahora y entonces nota qué diferencia podría significar en el futuro obtener eso ahora...
...Mientras revisas esa memoria esta vez, puedes aprender algo muy valioso e importante, que haz estado necesitando entender del todo para comenzar a integrar y superarlo...

...Tu inconsciente ha realizado un importante trabajo hoy y sabe también que puedes olvidar de nuevo, pero también sabe que puedes traer esos recuerdos hasta aquí conmigo⁹ en cualquier momento que necesites... agregar cualquier cosa, como hiciste hoy día u observarlo nuevamente.

Se utiliza amnesia estructurada dirigiendo la conversación hacia el tema que se utilizó antes de la inducción, es decir, sus logros. Para terminar la sesión se dan instrucciones para un patrón de interrupción. La paciente determina que lo hará del siguiente modo¹⁰:

A.- Caminaré a la cocina.

B.- Buscaré los aromas y la tetera de greda.

C.- Buscaré el tazón que me agrada (que yo fabriqué).

D.- Prepararé el té de aromas.

F.- esperaré dibujando lo que me agrada.

E.- y finalmente me serviré el té, terminando de dibujar, con la mano izquierda.

También elabora una secuencia para tomar baños de tina con sales. Si no está en la casa en un momento de crisis, acordamos que el patrón de interrupción consistirá en buscar alguien con quien conversar o simplemente salir y dar un paseo.

Se le da la indicación de observar las diferencias que experimenta.

Se imparte, además, la directiva de realizar todas estas actividades con la mano no dominante o alternativamente escribir las frases reaseguradoras que ha identificado antes.

SESIÓN 9.

Hasta el Domingo se sintió corporalmente sin ánimo y desde el Lunes muy diferente. Tiene la sensación de hacer varias cosas que la ayudan. Descubrió que hacía cosas. Siente que puede salir de esas crisis (aunque no cree salir del problema). Salió de casa, fue al cine... se juntó con una hermana

(no fue tormentoso como esperaba)...ha retomado sus baños de tina... cosas gratas “ aprender a vivir el mismo contexto”. Cosas chicas que para mi son grandes. Conversar con otros diversos temas y también del abuso. Descubre que le encanta la educación, que le da vida. Descubrió que postergaba lo que le agradaba y siempre partía por lo que le desagradaba. Ahora no le parecen tan “ grandes las cosas”.
“ sin esforzarse”.

Cosa gratas que desea conservar.

- Se cuidaba mucho de lo que decía (daba gusto a los demás) (profesional auto-exigente)

Ahora no se ha preocupado tanto.

P: Gané en asertividad (se ha sentido mejor).

⁹ Se intenta evitar la aparición de recuerdos intrusivos fuera del contexto de terapia señalando expresamente el lugar en el cual estas memorias pueden ser recuperadas.

¹⁰ Paso a paso y por escrito. Se da la indicación adicional de escribir la secuencia y mantenerla en un lugar visible.

No se ha sentido obligada a dar explicaciones.

Se ha sacado pesos de encima " he sido tan tonta tantos años".

(Cuando se comunican con ella a través de implícitos, lo encara y pide aclaraciones), se sintió mejor. (No ha hecho esfuerzos por entender los mensajes ambiguos.)

Temía como que un monstruo le iba a salir de adentro y dañaría a sus hijos. Ahora se permite ser relajada con sus hijos. (No tan temerosa) (Culpable, auto-cuestionada) etc.

Uno puede meter las patas con los hijos.

Supera la fantasía de hacerles daño. Durante la semana controló la situación, no hubo pataletas, no culpa, me escucharon, me sentí grande y con gran autoridad con sus hijos. No recuerda haberse sentido tan bien.

El marido la retó y ella le aclaró la situación.

El quedó bien. Ella quedó bien. Se notó cambio

Se notó la falta de límites y ahora sabe que tiene control.

Siente que en las últimas sesiones había salido mirando las cosas más grandes de lo que son. Desde la última sesión eso cambió. Conversó con las hermanas acerca del abuso, rompiendo el secreto familiar. Señala que estaba nerviosa pero sólo lo necesario, se sintió reconfortada por la idea de ser grande y valiente. Siente que algo se rompió para siempre entre ellas.

- Descubrió que no le gusta lo implícito, que necesita las cosas claras.

- Descubrió que no es enfermiza, como siempre se consideró, y que no necesita enfermarse para ser objeto de cuidados y atenciones.

Lo que escribió durante el período de dolor.

* (TAREA) Carta de consuelo de la adulta a la niña.¹¹ .

Se pidió fotocopia de todo para que ella conservara y portara los originales.

(TAREA) Lista de cosas que le producen agrado.

Asuntos agradables

- baños de placer.
- trabajar con arcilla
- un rico té
- dibujar, pintar en casa con ricos olores (incienso).
- salir a caminar (antes lo evitaba.)
- ir al cine (visitar lugares agradables), me gusta andar sola.
- conversar con una amiga o un amigo.

Ahora siente que no tiene que competir ni atacar a los hombres. "Ahora lo entiendo y puedo evitarlo. Ahora pude saber cuando sucede". " Descubrimiento".

También " descubrió" que los demás (en lo laboral) se aprovechan de esto y la elegían sistemáticamente para representarlas en situaciones de confrontación. Ahora no engancha porque no le gusta pelear.

También sabe por qué peleaba con las figuras de autoridad.

Puede compartir con hombres con agrado.

Está durmiendo bien.

- Cuando siento emociones negativas se recupera cuando puede expresar lo que le pasa. (sin acumular) Ej. Con la pareja, en el trabajo.

- Cuando pasan y no después.

- Luego dejó de darle poder sobre sus propias emociones a las personas. Más llana a dar y recibir críticas.

T: ¿ Qué diferencia producirá eso?

P: - Mayor tranquilidad

- Mayor aceptación de lo humano.

- Un clima más relajado en el hogar.

- En relación a los hijos se encontrará menos auto-exigente.

- cada uno tendrá su opinión sin destruirse.

- ¿ cómo me siento cuando sucede?

- de cuerpo - sensación de liviandad.

- más abierta.

- con disposición para hacer cosas.

Se imparte la tarea de imaginar lo que preguntaría el terapeuta.

¹¹ Tarea que estaba pendiente desde la quinta sesión.

SESIÓN 10

Buena semana, enfrenta mejor las cosas. Cosas en la familia. Sobrina de 15 años está embarazada. Ella apoya. A instancias de ella se reúne la familia y se discute el asunto. No hubo implícitos ni secretos. Tampoco resultó dramático como ella imaginó en otros momentos. Siempre cuida a las sobrinas sin embargo en esta ocasión hubo una diferencia importante; ella no se sintió abrumada por la responsabilidad, fue capaz de afrontar la situación y, lo más importante, fue la madre de la niña la que finalmente asumió la responsabilidad. En esta familia esto es completamente novedoso dado que lo usual era que todas las hermanas se apoyaran en ella. Señala que parece como si de pronto todas se hubieran hecho más independientes y adultas.

Al estar las cuatro han retomado el tema del abuso. Ella sabe ahora que cuenta con apoyo y amor de quienes la rodean incondicionalmente. "Con lo oculto no es lo mismo".

Se discute el cierre.

Se aplica el instrumento de evaluación y se dedica el resto de la sesión a conversar acerca del curso futuro de la situación ¹² dejando abierta la posibilidad de volver a terapia si es que ella lo considera necesario¹³.

En el ítem 38 (comentarios) del instrumento de evaluación se registra:

- No ha vuelto a sentirse obligada a sostener relaciones sexuales (cuando no la desea).
- Ha solicitado comprensión al marido (y la ha encontrado).
- Siente que ahora no necesita esforzarse para llevar una vida saludable.
- Ya no le da "plancha" pasar ante sus compañeros (varones).
- No entra en competencia con los hombres.
- No le transpiran las manos y puede sentir agrado en presencia de los hombres.
- Puede decir NO en situaciones sociales.
- Los colegas ahora le preguntan y tratan de persuadirla (en lugar de imponerle cosas).
- Entiende las cosas implícitas pero ahora se preocupa de que se hagan explícitas y eso la hace sentir muy bien.
- Ha superado la sensación de que la hermana mayor la "cargaba" y ahora la siente como una igual.
- (siente) Mayor empuje y energía personal.
- Mejora en el manejo de los límites con los hijos. Ahora puede "ver" los límites. (más efectiva)
- Aprendió a usar mecanismos de control (sobre el ambiente e internos).
- Se siente "super regia" por momentos. "Bien parada". Feliz con la vida. Agrado de Ser.
- Ganas de tener amigos nuevos.
- No se queda "en blanco".
- Puede reconocer sus emociones ente sus hermanas.
- Es capaz de acogerse.
- Se ha sentido "grande" (adulta) con respecto a algunas cosas.

¹² Utilizando preguntas constructivas individuales y sistémicas.

¹³ Esto efectivamente ocurrió, alrededor de dos meses después. Los cambios positivos se habían mantenido y profundizado tanto los ámbitos personal, laboral como de la familia nuclear y extensa. El tema de esa sesión fue si los cambios serían o no perdurables y discutir un sueño. Se prescribió la recaída. Luego, no ha vuelto a haber contactos excepto por dos mujeres que han sido enviadas por la paciente también en relación a abuso sexual.

ANEXO 3.-

CASO "E".

ANTECEDENTES PERSONALES.

Edad 30 años.
Trabajadora social
Casada, cuatro niños varones.

SINTOMATOLOGÍA. (Según DSM-4)

A.

Abusada por pariente durante largo tiempo desde alrededor de los 6 o 7 años. A los 11 años toma conciencia del significado del abuso al recibir la primera información sobre sexualidad.

B.

- 1.- Si. Ligeramente atenuados desde que rompe el secreto.
- 2.- Si. Pesadillas. Despierta angustiada llorando. No logra recordar en contenido de los sueños.
- 3.- Si. Antes al sostener relaciones sexuales. Ahora al exponerse al olor a cigarrillos, "me tira para atrás", o en lugares que semejan el lugar del abuso,
- 4.- Si.
- 5.- Si. Dolor de estómago, espalda (un cubo entre las paletas), hielo, frío en la espalda.

C.

- 1.- No.
- 2.- Si. Antes encerrada en casa, no integrarse con pares (adolescencia). Esfuerzos por no figurar, "ser invisible". Evita grupos mixtos, salir y hablar en público.
- 3.- Si. No logra recordar casi nada de su infancia esté relacionado o no con el abuso.
- 4.- No registrada.
- 5.- No registrada. Señala que antes sucedía, ahora no.
- 6.- Si. Incapacidad de sentir o expresar rabia en situaciones que la mayoría de la gente lo haría.
- 7.- Consistentemente atenúa sus expectativas en relación al futuro, "para no decepcionarme". Sensación de indefensión, o parálisis, ante el peligro o al sentirse objeto de abuso, ya sea en lo laboral como en su vida privada.

D.

- 1.- Si. También pesadillas.
- 2.- No.
- 3.- No se establece con claridad.
- 4.- No se establece con claridad.
- 5.- Si, aunque trata de no evidenciarlo con un alto costo personal.

E.- Si.

F.- Si.

OBSERVACIONES.

La paciente se encuentra atravesando una crisis matrimonial de larga data (por infidelidad del marido) que, en parte, no puede resolver por hallarse viviendo en casa de los suegros desde el comienzo del matrimonio. Hay antecedentes de otra hermana abusada en la familia.

SESIÓN 1.

Se dedica la sesión a la recopilación de la historia y al establecimiento de la sintomatología. Se aplica el instrumento de evaluación. Se establece el *símbolo del presente* que resulta ser una joya con forma de luna. Se asigna la tarea de notar cualquier mínima señal de recuperación que pueda suceder entre esta y la próxima sesión.

SESIÓN 2.

Tarea no realizada. Se prueba otro acercamiento a través de la pregunta :

T: ¿Cuales serían, para Ud, las primera pequeñas señales en el sentido de que el abuso está teniendo menos impacto en su

vida diaria? Se acompaña entre paréntesis el grado en lo cual esto ha estado pasando.

P: -No sentirse niña, especialmente la sensación de estar encerrada en un cuerpo que la "frena"¹.

- No sentirse "invisible" ante los otros, por ejemplo, que la saluden camino a la feria (ha estado pasando).
- En el trabajo encontrarse diciendo cosas importantes. Ser asertiva (ha pasado poco).
- No tener caídas (de ánimo), "o que duren poco y abarque menos aspectos de mi vida".

T: ¿Algunas de estas cosas ya están pasando, aunque sólo sea en un grado bajo?

- señala encontrarse disfrutando algunas cosas aún en momento de crisis (poco).
- salir a caminar o de visita (ya está pasando), romper rutina.
- terminar con actitud de espera (pasa más que antes). - concretamente tomando iniciativas (menos dependiente), sin esperar a otros. -Ej. buscar casa (ha estado pasando pero no activamente).

T: ¿Cuales serían las señales que advertirás después?

- buscar casa (ver diario, teléfono, ir a verla señal elocuente), elegir una² (poco).
- no sentirse dependiente, disminuida, inerm. "quedarse donde quiere estar. Señal: la forma en que los otros la aluden.
- sentirse tratada como igual (otros) despertar (muy poco).
- pedir a los otros respeto o consideración a sus tiempos y plazos a su modo de hacer las cosas.
- Señal: (poner límites en lo que hace independientemente de las exigencias del medio). Ej: darse cuenta, pensar en los límites propios con algunas personas, y luego verbalizarlo a quien corresponde y en el rol en que les corresponde. Hacerlo, concentrarse en lo que dijo que podía hacer³.

Expresa que le gustaría tener la capacidad de disociarse, disfrutar y rendir en algunas áreas no relacionadas con las crisis.

SESIÓN 3.

Se presenta bien arreglada. Pelo corto de peluquería y disfónica por completo. Le dio mucha rabia porque su cuerpo no le permitió hablar más.

Se consulta nuevamente acerca de cuales podrían ser las primeras señales de recuperación.

P: - Hablar

- expresión de ideas.
- expresión de sentimientos y emociones.
- Reconocimiento externo - saludos .
- Manifestaciones de cariño (ella hacia otros).
- Echar de menos.
- Ser capaz de solicitar ayuda.
- Manifestación acertada de las rabias. Ante estímulo específico tener una reacción más certera. Procesamiento distinto de esta emoción "no puedo manifestar rabia - se vuelve pena".

Dado que no es posible continuar la sesión en forma convencional⁴, se decide en este caso, realizar una inducción conversacional con la técnica de acompañar y dirigir. Se extraen señales ideodinámicas para "Si", "No" y "Mi mente consciente no está preparada para saberlo aún". Se saca a la paciente del trance y se le vuelve a inducir evocando el trance anterior y con la técnica de confusión. Se introducen metáforas de aprendizaje y sanación.

Luego del trance la paciente reporta la imagen de un pañuelo, casa de muchas piezas, y ella como niña jugando⁵.

SESIÓN 4.

Se presenta con su voz normal. Narra que finalmente dejó la casa (sin encontrar casa propia aún y en forma provisoria).

¹ La utilización de esta metáfora por parte de la paciente, señala una posible vía de intervención. Se decide que una importante tarea terapéutica será hacer crecer a la niña en sentido metafórico.

² Aquí la paciente define los pasos sucesivos que vislumbra como las "señales" de un cambio.

³ Ídem.

⁴ Es evidente la imposibilidad de expresar conscientemente algunos contenidos, de allí la opción por adelantar la utilización de trance hipnótico. Por otra parte la expresión sintomática de esa imposibilidad sugiere la conveniencia de un acercamiento que "rodee" la resistencia.

⁵ Regresión espontánea de edad.

Salió furia en tema de conflicto de pareja. Refiere que encaró al marido. Se examina esta situación buscando saber si algo así ha sucedido al menos una vez antes (a objeto de rescatar recursos).

P: - Me miré al espejo- "como mamá soy como una "leona".

Sin embargo, agrega que sólo cuando se trata de defender a terceros, "no cuando la abusada soy yo".

P: " Cuando la agredida soy yo no me defiendo". Por eso los otros creen que (las cosas) no me importan".

Se la felicita por sus logros y se expresan dudas acerca de sí, en vista de lo rápido de los cambios, no habrá una posible recaída. La paciente afirma que efectivamente los cambios van muy rápido pero que "es que han estado mucho tiempo, esperando",

T: ¿qué cambios notarán primero los hermanos como signos de sanación?

P: - salir de la casa (definitivamente).- Creo que ellos esperan un bajón, que no haga nada. Todo ha pasado tan rápido.

Antes en estos casos estaba sola de mi misma, antes a falta del cariño de otros quedaba vacía.

T: ¿Y qué es diferente?

P: Yo misma.

T: ¿En qué sentido?

P: Salir. Es evidente, eso está pasando.

- No estar mala todo el tiempo.

T: Y a más largo plazo, ¿qué consecuencias traerán estos cambios que haz identificado como saludables?

P: Que fuera capaz de manifestar rabia. Ahora no proceso la rabia. Excepto en esta ocasión.

T: ¿Ya ha pasado antes?

P: Si.

T: ¿Adecuadamente?

P: Si. Una vez hace años.

T: ¿Qué cambios en las generaciones futuras se producirán cuando cambie el aquí y el ahora y estos cambios se hagan más permanentes?

P: Es diferente, a las mujeres las dejan , eso implica que son víctimas. No habrá más mujeres víctimas en la familia.

Se realiza una nueva inducción indicando que durante todo la sesión la paciente podrá retener en un rincón de su mente su símbolo del presente y se usa a continuación la técnica de regresión y progresan naturalística de edad e integración de experiencias traumáticas, utilizando como apoyo las señales ideodinámicas entrenadas anteriormente (Sesión 3).

Señala que lo que necesita es aconsejar y enseñar a la niña para que crezca saludable. Se imparten sugerencias de trabajo interno.

T: y ¿qué diferencias tendrá para ti en el aquí y el ahora y en el futuro el que esa niña crezca saludable?. Se enlaza el trabajo inconsciente con una señal ideodinámica y se sugiere que ese trabajo podrá continuar cada vez y en cada lugar que ella lo necesite.

T: Cada vez que tu *mente interna* esté trabajando en eso y la niña crezca ¿cuál dedo se moverá por sí sólo? (Se mueve el dedo índice de la mano derecha?)

SESIÓN 5.

Comienza la sesión afirmando que no ha andado bien (a causa de la separación), agrega que "se tontea", ¿?, "dejarse abusar".

En el fondo no quiere desarmar la pareja. Más adelante en la sesión recuerda que la "niña" quería jugar⁶ (se le mezcla con la imagen de la hermana). Recuerda también que fueron tres las situaciones de abuso. Recuerda que se sentía observada por el abusador (se sentía a la defensiva). Sensación constante de peligro. Querer descansar (dormir) y no poder por la amenaza.

T: ¿Notas alguna diferencia?

P: Sensación de indefensión. (Sensación de no poder defenderse a sí misma).

- se tontea.

- debiera enojarme y no me enojo.

Como diferencias, señala que ha mejorado en lo de la "invisibilidad", en una auto-evaluación rindió un 2 en una escala de 1- 10. Siente que todavía está entrapada en viejas respuestas y no sabe aún cuales serán las próximas⁷.

En general tiene la sensación de enterrar⁸ parte de algo suyo, pero que hay algo dentro que no ha sacado a flote.

⁶ Está aludiendo a la sesión anterior o a lo que ha ido recordando durante la semana.

⁷ Afirma que habrá nuevas posibilidades de respuesta.

⁸ Esta es otra clave que posibilitará futuras intervenciones.

Se desarrolla una clave asociativa para seguridad y comodidad. (arena, sol y luna). Señala que el *símbolo del presente* no le ha servido tanto como al principio. Se desarrolla uno alternativo llegando al acuerdo de que el más adecuado será "casa", y su expresión material serán los avisos económicos de la sección correspondiente y los papeles del banco (que últimamente lleva siempre en su cartera)

SESIÓN 6.

Se examinan las diferencias dentro del lapso entre las sesiones. Señala que hace cosas con gran esfuerzo (iniciativas)... pero hacerlas es la diferencia, "si no estaría tumbada durmiendo". La sitúa en 5 en escala 1- 10. Recuerda que al hacer esas cosas sola no se sintió deprimida. Recordó después - "Ya no soy una niña". (Los demás ya no la ven niña). Se le consulta acerca de quienes se lo han dicho. "mi hermana mayor y algunas compañeras de trabajo." (separadamente)

Evaluando:

- Ha estado recuperando memorias (sensaciones que no se explica)⁹. Recuerda que cuando pequeña sentía "que debía continuar para cumplir una misión o algo" - eso la ayudaba a salir adelante. "Tú vas a salir". Me he sentido positiva, por tener una misión, responsabilidad. Es como si hubieran muchas mujeres detrás de mí, ayudándome todas a salir". Se siente raro : "es como si la niña me estuviera empujando "ya sálete de allí" - cuando yo pensaba que a la niña había que acogerla, "es como cambiar los papeles". "Ella se molesta porque yo no avanzo".

Descubre que "cada una puede ayudar a la otra, y yo no sé si la tengo que ayudar"¹⁰.

Ahora (la niña) no necesita ayuda.

T: ¿dónde te empuja?

P: A que camine (la niña está impaciente).

T: ¿qué está necesitando la niña ahora y qué necesita que Ud. pueda hacer por ella en este momento?

P: Quiere persuadirme. Necesita que me apure. Porque quiere que la deje jugar de una vez.

"sí, como hacer lo que tienes que hacer, el problema es que no sé lo que tengo que hacer".

T: Mientras tu mente consciente se hace estas preguntas, tu mente inconsciente puede trabajar en aquello que necesitas aquí o en cualquier otro lugar o momento que necesites de ello"

P: El problema de ahora está enraizado en el antes.

Se utiliza el resto de la sesión en hablar de la metáfora de los recursos de la mente inconsciente.

SESIÓN 7.

Se habla de problemas presentes - proyectos a futuro. (Hay planes, iniciativas. Se encuentra buscando trabajo por la media jornada que tiene libre, antes nunca se sintió capaz de enviar un *currículum* o soportar una situación de entrevista). Cuenta que (durante la semana) ha estado tranquila. Sin embargo ha estado soñando cosas desagradables (darse cuenta). "Síntesis de distintas situaciones de abuso (en general)" en que debiera haber respondido de otra manera (y no lo hizo) por incapacidad.

No se ha inmovilizado.

Ansiedad: 7 (de una escala de 0 - 10). Se dedica el comienzo de la sesión a practicar el uso de la *clave de comodidad y seguridad*. Como vuelve a entrar en trance espontáneamente y experimenta una regresión de edad, se decide utilizarlo para señalar que

T: "...notas que hay algo valioso e importante que haz estado necesitando comprender hace mucho tiempo para continuar integrando y superando esto"¹¹.

P: "...El abusador engatusando, amedrentando, amenazando. Me veo pateando, me agarran los brazos y me pongo a patear y el resto está también en la suya que no me ven (interpretación que estoy jugando pero no "me ven")...

Sensación de que aquí no tengo que hacer nada porque si no me salvo... como que me tengo que salvar (tengo que ser lo que tengo que ser) (predestinación... es como si no tuviera que hacer nada porque igual seré lo que tengo que ser).

Cuando sale del trance reporta que:

P: "Fue igual... no igual ...no sé en qué.

"Es como si desde esa edad, esa estatura... hice lo que tenía que hacer y nada más... es como si allí no era víctima (es como

⁹ Recupera recursos disociados de la infancia.

¹⁰ Noto que está dando señales de un estado disociado. Esto confirma que ella ha desarrollado la capacidad de experimentar trance y regresiones de edad espontáneamente.

¹¹ Se utiliza la técnica de añadir nuevos contenidos a la memoria, en este caso una diferente comprensión y significado del trauma.

si me convirtiera en víctima cuando tengo información sobre eso). Allí no soy¹² víctima (hay años de distancia entre una cosa y otra). Cuando chica hay signos de reclamo, de que algo me pasaba, llanto, etc., sólo que los otros no lo saben interpretar bien (invisible). Me convierto en víctima después. Allí comienzo a guardar el secreto - y me inmovilizo de allí para adelante. La niña a pesar de todo se defendía.

Junto con convertirme en víctima me responsabilizé de los otros familiares y abusador incluidos.

T: ¿Qué ha sido lo más importante?

P: Descubrir que me defendía.

Dado que planifica ir a la playa, se decide utilizar la ocasión para usar la metáfora que ella misma ha introducido en la sesión 5, y se acuerda la tarea de escribir, quemar y enterrar aquello que desee dejar atrás como una tarea terapéutica o "rito" ("recargar energía, cerrar ciclo").

Se asigna, adicionalmente, la tarea de encontrar un objeto para representar su *clave de comodidad y seguridad* y portarlo con ella.

SESIÓN 8.

Se presenta de buen ánimo. Incorporó, como iniciativa propia, a los niños al rito de quemar y enterrar. Respecto al ritual, el mayor va al baño (esta última semana desapareció la *encopresis* que había venido padeciendo desde hace años). Ambos están orgullosos del logro (resiente no dejar ella sus miedos mientras su hijo sí).

T: ¿Qué sería para ti, evidencia de dejar los miedos?

P: Que no me doliera el estómago. (Sensación exposición)

Poder contextualizar las amenazas en su real dimensión. Sentir la voluntad de hacer cosas.

Siguen mejorías (pequeñas y grandes). Ej. hacer cosas más que pensar en hacer cosas "quedarse en el hacer y no en el pensar"

- incluso delegando (cuando nota que no le alcanza el tiempo, vgr) -

- no sentirse imprescindible, hiper-responsable (más libertad, subjetivamente - relajo, sensación que se avanza).

- actitud distinta más positiva. En otro momento hubiera visto todo lo malo en el futuro en forma indistinta. Ahora ve diferenciado "cosas separadas", con claridad, poder actuar, "avanzar". Mantengo mi objetividad.

T: ¿qué otros signos de mejoría?

- Comentarios positivos hacia ella. Afirmación.

- Hacer hartas cosas sola (Vencer cosas sola, lo que antes le daba miedo o simplemente no hacía).

- Ganar espacios en el trabajo. Algunos gratificantes - continuar (las cosas desagradables comienza a desecharlas, ya no implican una caída violenta de su autoestima, V.gr. ser objeto de críticas).

- Invisibilidad (la considera superada) hoy, (aquí y ahora), ya no lo siente así.

- Dejarse (permitirse) llorar y que los hijos no necesiten hacerse cargo de ella (sentirse libre y sin culpa de mostrar sus emociones).

- Ponderar adecuadamente las opiniones ajenas (mejora autoimagen).

- No sentir la necesidad de tener todo claro antes de actuar para sentirse bien.

T: ¿Qué cambios vendrán después?

P: Salir de esta historia y mostrar a otras que es posible salir y tener una vida sana y normal, (algo ya ha hecho) ahora es más claro y voluntario. (que puede hacer cosas). Puedo decir y demostrar que una puede estar bien por mi propia experiencia. No ser víctima eterna.

(Tener) la posibilidad de innovación.

(Ser más) asertiva y contingente con los enojos.

Se le pregunta qué otros cambios le han reportado otras personas.

P: La voz. En el trabajo me lo han dicho dos personas y varias más no me han reconocido por teléfono¹³.

SESIÓN 9.

Se presenta de buen ánimo. Señala que cuando piensa en la voz del terapeuta experimenta gran tranquilidad y que eso la ha ayudado a superar momentos de "bajón" (a la vez que refuerza el efecto de la *clave de comodidad y seguridad* y el *símbolo del presente*). Se asigna la tarea de imaginar las preguntas que le haría el terapeuta en los momentos de crisis. Refiere, además, que finalmente encontró casa y se encuentra haciendo los trámites de la compra. Por el momento persiste en la decisión de la separación estimando que en algún futuro, no ahora, podrán discutir (ella y su marido) si es posible volver a vivir juntos. Se conversa acerca de los últimos logros, los que vendrán y se la felicita por ello.

¹² Nótese la confusión de los tiempos verbales.

¹³ Es una diferencia perceptible en la situación de terapia.

Finalmente se anticipa el cierre.

SESIÓN 10.

Refiere que encontró un segundo trabajo de media jornada. En el trabajo original están con problemas económicos (se descubrió un mal uso de fondos). Hubo estafa y pérdida de confianza. Era una colega que la atacaba. Recobra la confianza en sí misma. Ha quedado claro para ella y las otras el que fue subvalorada. Para ella el abuso ha sido en el área de los sentimientos y la confianza¹⁴. Decidió "no enganchar con eso". (Fue capaz de poner las cosas en su lugar). Siente pena pero tiene que afrontar las consecuencias.

Se conversa el tema de la confianza, la culpa y la responsabilidad, tomando como tema el fraude = abuso.

La paciente señala que antes se hubiera derrumbado moralmente dado que sentía una gran confianza y admiración por su colega, ahora no.

Se destina el tiempo restante a la aplicación del instrumento de evaluación.

Se discute el cierre y se acuerda la posibilidad de solicitar telefónicamente una nueva sesión en cualquier momento que lo estime necesario.

COMENTARIOS:

En este caso, a diferencia del anterior, se privilegiaron intervenciones que buscaron modificaciones más a nivel inconsciente (ericsonianas) que a nivel consciente (estratégicas). Para tomar esta opción se consideró:

- a.- La dificultad de la paciente para "imaginar" conscientemente futuros libres de síntomas.
- b.- La presencia de claros síntomas de tipo conversivo, y
- c.- La facilidad de la paciente para experimentar estados disociados y regresiones espontáneas de edad. Se incluye dentro de este punto el "condicionamiento" que se produjo entre el trance y la voz del terapeuta. (Aprendizaje dependiente del estado)¹⁵.

Alrededor de tres meses después del cierre volvió de visita para contarme que estaba bien en sus dos trabajos, que estaba próxima mudarse a su nueva casa, después de realizar varios arreglos, y que se encontraban en conversaciones con el marido acerca de la posibilidad de continuar con su vida de pareja sobre la base de acuerdos. Formuló algunas preguntas acerca de la actitud que debiera tomar con los hijos en relación a lo último.

Ha continuado enviando personas que solicitan tratamiento en relación al mismo tema.

¹⁴ Esto se asemeja al abuso.

¹⁵ La paciente entraba en trance prácticamente al entrar a la sala de terapia.

RESUMEN

Diversas investigaciones muestran que el riesgo de que una persona abusada en su infancia desarrolle un desorden mental en su vida adulta es, según las variables metodológicas involucradas, entre 2 a 12 veces más alto que la población general. Entre el 20 y 40% de las afectadas mostrará un trastorno psicológico a largo plazo.

Estos datos ponen de relieve la importancia de discutir e investigar acerca de estrategias para resolver los serios trastornos psicológicos que constituyen la secuela de estas experiencias traumáticas.

Con vistas a lo anterior se expone en este trabajo, en primer lugar, una caracterización del abuso sexual, desde distintos puntos de vista, poniendo un énfasis especial en la teoría de la disociación de Rossi como un intento comprensivo y de integración de los diversos síntomas asociados y su génesis.

En segundo lugar, se realiza una revisión sucinta de los modelos terapéuticos específicos actualmente en uso señalando aquellas instituciones que asisten casos de abuso sexual infantil.

En tercer lugar, se intenta un desarrollo ordenado de la propuesta terapéutica describiendo y fundamentando cada una de las distintas estrategias utilizadas.

A continuación se detallan los aspectos metodológicos del estudio para dar lugar a los resultados del mismo y su análisis.

Finalmente, se realiza la discusión y se exponen las conclusiones del estudio.

El objetivo general de este estudio es, de este modo, la introducción de una de estas estrategias y su evaluación de acuerdo al reporte de las propias víctimas.

El estudio planteado tiene un carácter explicativo con un diseño de orientación cuasi-experimental en el cual se aplicó la variable psicoterapia a una muestra de mujeres víctimas de abuso sexual, durante su infancia o adolescencia, que presenten sintomatología asociada al trastorno por Estrés Post-traumático y con una edad actual de entre dieciséis y hasta los treinta años.

Los aportes de este trabajo consisten, entonces, en la propuesta de un modelo de intervención breve, diez sesiones, que a través de la búsqueda de soluciones, conjuntamente entre terapeuta y paciente y el trabajo en el trauma busca reducir y hacer menos invalidantes las secuelas sintomatológicas del abuso sexual sufrido durante la infancia.

El segundo aporte de este estudio consiste en la síntesis entre el enfoque estratégico de psicoterapia sistémica y la psicoterapia ericksoniana dentro del marco explicativo de la teoría de la disociación de Rossi.