



UAI
UNIVERSIDAD ADOLFO IBÁÑEZ

∴ capsis

**“Elementos Diagnósticos y Terapéuticos Narrativos
para el trabajo con Sobrevivientes de Abuso Sexual
en su Infancia”**

JAIME ROBERTO FONTBONA TORRES

Trabajo para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica
Mención Psicoterapia Constructivista Sistémica Estratégica

PROFESOR PATROCINANTE: VICTORIA PASSACHE

SANTIAGO DE CHILE, MAYO, 2009

∴ capsis |

**“Elementos Diagnósticos y Terapéuticos Narrativos
para el trabajo con Sobrevivientes de Abuso Sexual
en su Infancia”**

JAIME ROBERTO FONTBONA TORRES

Trabajo para ser presentado a la
Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos

PROFESOR PATROCINANTE: VICTORIA PASSACHE

SANTIAGO DE CHILE, MAYO, 2009

**Elementos Diagnósticos y Terapéuticos Narrativos para el trabajo con
Sobrevivientes de Abuso Sexual en su Infancia**

Ps. Jaime Roberto Fontbona Torres

Universidad de Chile

Dirección: Centro de Atención Integral al Adolescente Dra. Paula Peláez G., Alc. Edo.

Castillo Velasco 3241, Ñuñoa, Santiago, CHILE

Fono: (56-2) 2699994

E-mail: ps.jaime.fontbona@gmail.com

Elementos Diagnósticos y Terapéuticos Narrativos para el trabajo con Sobrevivientes de Abuso Sexual en su Infancia

Ps. Jaime Fontbona Torres

RESUMEN

El presente artículo expone, a partir de una revisión teórica y de fichas clínicas, algunas reflexiones referentes al trabajo terapéutico con personas sobrevivientes de experiencias de abuso sexual durante su infancia, cuyos motivos de consultas sean diferentes al hecho abusivo mismo. Se proponen ciertas narrativas dominantes (indicadores ideográficos) respecto del sí mismo (autonarrativas), como de sus eventos vitales pasados o actuales, en contraste a las manifestaciones sintomáticas (indicadores nomotéticos).

Se plantean además, elementos para el trabajo terapéutico, en relación al contexto de terapia y manejo técnico, que permitan apoyar una experiencia emocional correctiva de la relación abusiva desde una perspectiva sistémico constructivista estratégica.

Palabras Claves: Terapia sistémica, constructivismo, autonarrativas, abuso sexual, sobrevivientes de abuso sexual en la infancia

ABSTRACT

This paper presents, from a theoretical and clinical history review, some reflexions about the psychotherapeutic work with survivors of sexual abuse during their childhood, whose consultancies issues are different than the abusive fact. It proposes certain dominant narrative (idiographics indicators), about their past-and-present vitals events, and also about their self (self-narratives) in contrast to the symptomatics indicators (nomothetics criteria).

It presents, also, some elements for the therapeutic work, in relation to the context of therapy and technical management, to support a corrective emotional experience of the abusive relationship from a constructivist systemic and strategic approach.

Key Words: systemic´s therapy, constructivism, self-narrative, sexual abuse, survivors of childhood sexual abuse.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante los primeros encuentros entre un nuevo sistema consultante y el terapeuta, éste último recibe información que le permite, no sólo un acercamiento general al consultante, sino que además, le ayuda a reflexionar y tomar invaluable decisiones respecto de los motivos de consulta, así como de las narraciones referentes a los hechos, a los participantes, a datos sintomatológicos, etc.

Ahora bien, existen ocasiones en donde se hipotetizan ciertos hechos que sin ser parte de las problemáticas explicitadas por los consultantes, sí pueden ser de interés del profesional debido a su importante influencia en la vivencia actual del consultante. Este es el caso de las experiencias de abuso sexual en la infancia, como concomitantes no explícitamente aludidos de otros motivos de consulta.

El hecho, que estos datos vivenciales, no sean siempre explicitados por el consultante en las primeras entrevistas, responde muchas veces a necesidades perfectamente comprensibles desde su subjetividad. Entre otros, el considerar el hecho abusivo como algo común y con lo cual hay que convivir en silencio, el temor de desviar al terapeuta y no ser escuchado en su actual demanda o problema, el temor a ser interrogado largamente reviviendo el dolor, intención de conocer al terapeuta antes de sentirse preparado para contarle, temor de ser juzgado, etc.

Cualquiera de estas situaciones al ser “intuidas”, plantea al clínico una complicación técnica, al verse ante varias alternativas. Por un lado preguntar cuidadosamente por su “intuición”, pese al riesgo que el consultante se sienta descubierto, desprotegido y abandone el proceso (o de inducirlo, si no lo hubiese

sido). Por el otro, “guardarse la duda”, argumentándose que no es parte del motivo de consulta pactado, mientras no se haga suficientemente “ensordecedor” del proceso mismo. O por otro, respetar la decisión del paciente de no abrir el tema en ese momento, mientras se incluyen objetivos adicionales a los mínimos necesarios para alcanzar el motivo de consulta pactado. Con el fin que el mismo proceso terapéutico construya y siembre recursos, para cuando se produzca la intención de develar el hecho abusivo.

Sea cualquiera la posición elegida por el clínico, la decisión puede verse enriquecida con ciertos elementos narrativos, expuestos en este artículo, que por un lado pueden permitir un diagnóstico más acabado, por medio indicadores ideográficos (narrativas dominantes), adicionales a los nomotéticos señalados en la literatura psiquiátrica. Además se señalan líneas de intervención que permitan la aparición de una experiencia emocional correctiva, sea que se produzca la develación, o no.

En este artículo se hacen presentes situaciones y reflexiones posiblemente discutibles, al inscribirse dentro de la línea de abordaje de casos multiproblemáticos, respecto de un modelo breve que pretende trabajar problemas acotados. También podría ser discutida la autoridad del psicoterapeuta para jerarquizar la importancia de las experiencias de los consultantes, respecto de cuál debiera ser trabajada primero. Además, se comentan ciertos efectos adversos, al trabajar en la línea de la construcción de una identidad de víctima, que no “viene”, necesariamente, en la narrativa previa del consultante; así como el trabajo con técnicas pertenecientes a los modelos basados en “la experiencia no experimentada”.

Abuso Sexual en la Infancia

Con el fin de potenciar un eficiente juicio clínico se hace indispensables el conocimiento de *indicadores* que pudieran *alertar* al terapeuta de un posible abuso sexual en el pasado, como génesis o como marcador de riesgo no específico sobre las dificultades actuales del cliente (Fulmer, 1992). Sin embargo no hay síntomas en la adultez que sean patognomónicos de una historia de abuso a temprana edad (Rodríguez Vega, Fernández Lira y Bayón Pérez, 2005). Por lo cual, el terapeuta sólo puede recurrir a una serie de datos diagnósticos (relativamente difundidos) que muchas veces, más que orientar terminan por confundir. Pues a pesar de presentarse en la adultez de estos sujetos, no se deben unívocamente a experiencias de esta índole. Peor aún, no configuran un tipo de perfil específico, sino muy variado, y a veces con rasgos diametralmente opuestos entre cada caso. (Por ejemplo: inhibición sexual o hipersexualización; responsabilidad excesiva o insuficiente; pasividad o problemas conductuales, etc) (Fulmer, 1992; Poblete & Varas, 1994; Contreras & Maffioletti; Muñoz, 2002) (Todas ellas en Anexo 1)

A modo de ejemplo, en una investigación en el ámbito nacional, (Ibaceta, Becar, y Guadalupe, 2007) entre beneficiarias del “Programa Nacional de Detección Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria” implementado por el MINSAL, pacientes de un Centro de Salud de la zona oriente de Santiago, en su totalidad mujeres ingresadas entre marzo y octubre del 2006; el 27,1% de la muestra presentó en su biografía abuso sexual en su infancia (antes de los 16 años). Más específicamente, de dicho porcentaje, para un 90% habrían sucedido antes de los 13 años, un 82% se trataría de agresiones sexuales crónicas,

y un 76% con más de diez episodios. Además, un 59% no devela la situación hasta la adultez, un 25% estuvo en situación de riesgo vital, un 27,2 % fue abusada por más de un agresor, y un 55% fueron víctimas de múltiples maltratos (en su mayoría físico y psicológico por la madre).

Siendo una muestra estadística relativamente pequeña, los resultados responden a los porcentajes señalados en las investigaciones a nivel internacional (Wynkoop y cols., 1995; Tjaden y Thoennes, 1998; Hall y Powel, 2000; Molnar, Buka & Kessler, 2001; según Svedin en Svedin, Back y Söderback, 2002) (Ver ANEXO 1). Sin embargo, y por desgracia, el citado “Programa Nacional de Detección Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria” implementado por el MINSAL, no considera el abuso sexual en la infancia, ni como un factor de riesgo de la depresión, ni tampoco incluye intervenciones específicas para dicha temática.

Siendo esta situación un reflejo de los problemas para aplicar protocolos de tratamiento adecuados a esta temática, también existe la complicación que este tipo de experiencias abusivas son mucho más comunes de lo que pudiéramos desear, y están presentes, a lo menos, como factor de riesgo o como desencadenantes de muy variados trastornos del ámbito psicológico y social. Es por esto que ya en algunos países se ha postulado el abuso sexual como un problema de salud público (Tjaden y Thoennes, 1998), debido a la enorme probabilidad de ser víctima y de los costos en términos de tratamientos y deterioros en la salud mental que conllevan, a lo largo de la vida.

Perspectiva Sistémica de los Efectos a Largo Plazo

Tradicionalmente la sintomatología, por ejemplo la referida a este tema, se articula de modo intrapsíquico, desestimando el valor de una perspectiva sistémica y relacional. Por eso, aplicando una perspectiva sistémica al proceso de disociación, O'Hanlon (2001) intenta explicar algunos de sus efectos, particularmente en las víctimas de abuso sexual.

Este autor plantea que el común de las personas, suelen establecer diferencias entre sus propios sentimientos, pensamientos, sensaciones y experiencias (*todo eso mío*), a través de límites más o menos difusos entre sí. Sin embargo, homeostáticamente, utilizan límites más rígidos con el entorno o con el contexto (*identidad*). En contraposición, los sobrevivientes de actos abusivos, al experimentar múltiples intrusiones que deponen violentamente sus límites externos de manera altamente traumática, suelen desarrollar límites rígidos en su interior.

Esto es, las víctimas de abuso sexual intentan mantener excluidos ciertos recuerdos, sensaciones, pensamientos y otros. Pero, no sólo se *disocian* de la experiencia traumática, sino que dejan de *identificarse* con ella. “Los sentimientos, los recuerdos o las percepciones parecen estar fuera de la sensación, la imagen o el concepto que tienen de sí mismas... No están integradas en la narración de la propia persona o de la propia vida que todos creamos para componer nuestra existencia o darle un sentido”. Además esos recuerdos se *devalúan*, no sólo “no son yo”, y están muy distantes de mí, sino que además son malos.

El resultado de este proceso es paradójico, pues “cuando un aspecto de la propia experiencia ha sido objeto de disociación, desapego (desidentificación) y

devaluación, permanece *enterrado* la mayor parte del tiempo, hasta que vuelve a irrumpir de una manera destructiva e inesperada en la experiencia de la víctima” (pp. 227-228). La persona es asaltada a ratos por recuerdos, sensaciones y percepciones dolorosas, mientras que en otros momentos se da una ausencia de recuerdos, sensaciones y percepciones agradables del pasado o incluso del presente y del futuro. Moviéndose entre dos posiciones; una de intrusión de esos fenómenos y otra de inhibición.

“La mayoría de las personas que sufren estrés postraumático no suelen pensar que algunos aspectos de sí mismas sean malos, o que ellas sean malas en general. Pero casi todas las personas que han sufrido abusos sexuales graves piensan que son malas” (O’Hanlon, 2001, pp.226).

Es interesante destacar que este funcionamiento suele ser común a los sobrevivientes del abuso en variados ámbitos a lo largo de su vida, por ejemplo en las temáticas dependencia/independencia, hipervigilancia/abuso de sustancias, inhibición sexual/ agresión sexual, etc., lo que podría ser experimentado como inestable y fuera de control por el sobreviviente, y por los cercanos como incongruente y atemorizante.

Esto sería para O’Hanlon la génesis de la “moda del diagnóstico” de muchos de los llamados trastornos de personalidad *borderline* y de los trastornos de la personalidad múltiple. Diferenciándose en que en el segundo, los límites externos habrían sido depuestos previa a la sensación de identidad, y por lo tanto, los límites internos serían más marcados aún. (O’Hanlon, 2001, pp.224)

Aunque O’Hanlon sólo hace hincapié en los consecuentes límites rígidos al interior de la identidad, no explicita en extenso la relación del sujeto con su entorno o

contexto, o sea, a través de los límites externos difusos o derribados. Sin embargo, si se considera que las interacciones intrusivas traumáticas no sólo son de carácter físico (sexual), sino, por ejemplo, la lógica del argumento del abusador (“A ti te gusta”, “Tú me seduces”, “Mamá no te va a creer”, etc.), el secreto, la falta de reacción del medio o el castigo de éste hacia la víctima, etc., éstas también resultan traumatizantes. Pues la víctima las confunde dentro de su propia narración de sí misma (más allá del abuso mismo, pues su recuerdo intentará ser “enterrado”), respecto de cómo pienso, cómo creo, qué es lo que siento, qué es lo percibo, etc.

Luco (2000) plantea el impacto que psicológicamente tienen las “atribuciones de experiencias” externas. Éstas se caracterizan por la devaluación de lo que la víctima puede sentir, siendo suplantado por la lógica del cuidador/agresor, siendo mayor la gravedad según la medida del derrumbamiento de los límites externos. Este tipo de fenómeno está presente, en los contextos del abuso sexual, pero no son exclusivos de ellos, sino difundidos en toda forma de violencia. “En un ejemplo cotidiano,...“la madre dice “tienes que abrigarte, hace frío”, el niño responde “no tengo frío”, la madre vuelve a decirle “Sí, tienes que tener frío” (pp. 99). Ese tipo de situaciones, que también se llevan a cabo respecto de aspectos internos, y que tiene que ver con las sensaciones y las emociones, impiden el reconocimiento de éstas por parte del niño/a, devaluándolas en relación a las atribuciones de los seres significativos.

De ahí se puede entender de donde viene la devaluación que señala O’Hanlon, y específicamente el proceso por el cual el abusador u otros significativos, instalan una confusión en lo que vive la víctima (me gusta/ no me gusta, etc.) que

resuelve a través de narrarse como “malo”. (Si yo pienso, siento, recuerdo o fantaseo con todo eso, debe ser mío, por lo tanto “yo soy malo”).

Desde una perspectiva sistémico familiar, se ha reconocido el lugar determinante del ambiente familiar disfuncional en el desarrollo de problemas psicológicos a largo plazo en sobrevivientes de experiencias abusivas (Nash, Hulse, Sexton, Harralson y Lambert, 1993). De hecho, Besten (1997) señala características típicas de éstas, donde cabe señalar: familias aglutinadas, cerradas en sí misma, poco permeable a las influencias externas, socialmente aislada, estructura patriarcal rígida, madre sometida, comunicación deficiente entre los miembros de la unidad familiar, consumo de sustancias (alcohol y/o drogas).

Pero más allá de dichas características, Kamsler (1993) en la misma línea, plantea que gran parte del efecto a largo plazo, no se mantiene por éstas, ni tampoco por el carácter insidioso del daño psicológico producido, sino debido a pautas interaccionales que se mantienen en el tiempo. Dentro de éstas se le otorga un papel preponderante al secreto como patrón interaccional, mantenedor de las secuelas a largo plazo y de peculiaridades en la imagen de sí misma de las mujeres víctimas de abuso sexual.

El proceso por el cual esto se llevaría a cabo, se describe en primera instancia, relativo al momento del abuso sexual. Durante el cual el agresor puede alentar y exacerbar los sentimientos de confusión de la víctima, por ejemplo, los de sentirse avergonzada, sucia y mala por el abuso. Por lo cual la víctima desarrolla un patrón de comunicación basado en el secreto y la reserva. Todo esto con el fin de evitar los pronósticos catastróficos señalados por el agresor, en relación a las reacciones que podría causar la develación en los significativos.

La víctima responde al contexto familiar y de significativos con actitudes poco esperables, presentando conductas de agresividad, “caprichosidad” y/o sexualmente provocativa, lo que es visto como “perversión” o “perturbación” en la niña. Esto es reforzado por la familia, a través de su descalificación, castigo, rotulamiento, produciendo un impacto de larga data en la conformación de su identidad y autoimagen.

Ahora bien, si el secreto se intenta develar y no se le cree a la víctima, impidiendo la posibilidad de generar una respuesta al hecho abusivo, se pueden exacerbar dichas conductas. Instalando un modo de afrontar la vida, a través del secreto, que con el tiempo puede reactualizarse en cualquier interacción significativa, por ejemplo, a través del retraerse cuando le va mal, tener vergüenza de sí misma, considerarse dañada en lo más íntimo, etc.

En concordancia con esta situación, un estudio realizado en Suecia, (Svedin, Back y Söderback, 2002) encuestó a 18 adolescentes y 20 mujeres adultas, víctimas de relaciones abusivas en su infancia, respecto de la percepción de su familia de origen. Secretismo, aislamiento emocional y problemas familiares fueron las percepciones más extendidas, apoyando la hipótesis de disfunciones familiares como factor causal y como efecto del abuso sexual. Las que podrían presentar elementos como problemas relacionales, conflictiva matrimonial, uso de alcohol y aislamiento social, como telón de fondo. Adicionalmente el clima familiar fue mayormente definido y caracterizado como vacío, con bajo nivel de cercanía y espontaneidad emocional, sensación de soledad, presencia de poder y control, impredecibilidad caótica; lo que fue mucho más evidente cuando el perpetrador era un miembro de la familia. En la actualidad, estas mujeres definían su relación con su familia de origen

como distante o interrumpida. Lo que debe entenderse en su contexto cultural, y también como modo de parar la interacción abusiva.

En general, no se señalan los importantes niveles de deterioro psicosocial progresivo que pueden experimentar estas personas. Suele suceder que fruto de la develación de la situación abusiva, son aislados por sus familiares (Linares, 2006), por lo que buscan relaciones *salvavidas* sin mediar mayor evaluación de riesgo, emparejándose rápidamente, cambiando de ciudad, etc., lo que les hace perder los recursos de sus redes sociales originarias.

Algunas veces, son los mismos sentimientos de culpa, vergüenza, baja autoestima, baja cercanía emocional, consumo de drogas, pobreza adicional (deterioro económico), etc., los que hacen posible el cumplimiento de los más indeseables temores, estableciendo relaciones donde son explotadas nuevamente, abusadas física o sexualmente. Frente a lo que muchas veces suelen reaccionar, a posteriori, a través del aislamiento social.

Se configura así una de las vertientes de lo que Barudy describe como “carrera moral”, sobre todo en lo referente a los trastornos en la socialización que desarrolla la víctima, obligada a sobrevivir a la experiencia abusiva prolongada (Barudy, 1998). Estos últimos se pueden dar en dos formas; a) haciéndose “transparente”, o sea muy obediente, pasiva, pasando desapercibida; o b) como “niño/a malo/a”, con comportamientos violentos y provocadores; lo que en la adultez pueden configurar, respectivamente, a) revictimización, abuso de drogas, etc. y b) conducta hipersexualizada, prostitución y/o conductas de abuso).

Cobb (1996) agrega algunos elementos importantes a considerar. Aunque referidas a mujeres residentes de refugios para víctimas de violencia en general, o

sea que ya han recibido atención profesional, el aceptar la construcción social del rótulo de víctimas las lleva a una posición paradójica. Esto es, el aceptarla se hace indispensable para recibir ayuda y alejarse de la relación abusiva, sin embargo la construcción de una identidad de víctima genera, por el otro lado y como ya se ha señalado; a) el alejamiento de las redes sociales en las que participa el abusador, por ejemplo familiares, amistades, etc. quienes intentan justificarlo, así como también b) aumenta el riesgo de represalias y agresiones, c) y genera deterioro en su nivel de ingresos debido a falta de fuentes o de capacidades laborales desarrolladas, d) deterioro de la credibilidad (para otros como para sí misma), debido a la dificultad de mantener medios de prueba como heridas físicas (que suelen desaparecer con el tiempo) o psicológicas (normalmente no visibles para sus significativos).

Cobb agrega que el modelo de tratamiento “de la experiencia no experimentada”, al ser analizado desde el enfoque narrativo, presenta tres fases al a) “externalizar” el control del poder, ya no en la víctima sino en la situación, arma, etc. b) reconocer reflexivamente la “pérdida de voz” frente al victimario, y destacando c) su fracaso como agentes activos para manejar la violencia, lo que deja a las mujeres cautivas en una construcción social identitaria de “víctima”.

Ahora bien, Cobb relata un episodio de violencia entre dos ex beneficiarias de un refugio para mujeres violentadas que fueron contratadas como asistentes del mismo. En la descripción del conflicto que aquellas mujeres sostuvieron, ambas justificaron sus reacciones violentas como “expresar libremente sus sentimientos”; frente a haber reconocido en la otra modos en que habían sido tratadas por su victimarios y que ya no iban a aceptar; demostrando insensibilidad frente a las peticiones de la interlocutora quien “habría” iniciado el conflicto (tal vez como defensa

frente a la lógica de argumentación contradictoria y culpabilizadora del victimario en su momento). Fruto de lo cual, una se aisló y la otra buscó aliadas en otras usuarias, generando un revuelo importante en el refugio, para después amenazar con su renuncia.

Cobb reflexiona que sea que la narración -“autodescripción de víctima”- que coloca al poder como algo externo a sí mismas de manera estable, genere formas de narrarse y actuar de modo que las refuerce como víctimas para otros (profecía autocumplida). O, que frente a una situación de conflicto construyan, complementariamente, al otro como victimario, a fin de estabilizar y mantener su propia construcción social de víctima. En ambas vuelven a verse envueltas en la replicación de una cultura de la violencia, a la cual responden a través de la agresión/aislamiento.

De más está extrapolar esta misma situación en contextos sociales distintos a instituciones de tratamiento o refugio, que no tienen el interés activo de evitar la violencia. Por desgracia la misma reflexión nos puede llevar a pensar qué tan diferente puede ser para la víctima el alejarse de su victimario, si encuentra (o reconstruye) violencia en cualquier otra relación (el 75% mujeres abusadas intentan abandonar a sus esposos cinco veces, en promedio, y menos del 50% efectivamente se divorcian) (Cobb, 1996).

O cuánta pertinencia logra el tratamiento al considerar exclusivamente el trabajo sobre la sintomatología psiquiátrica, por ejemplo, del estrés postraumático. Pero, como se expondrá posteriormente, cuánta diferencia existirá entre la “externalización del poder” de la víctima post tratamiento y la “incontrolabilidad” del

poder de ésta previo al tratamiento, puesto que el deterioro psicosocial muchas veces aparece en víctimas con o sin tratamiento, como hemos visto.

DESARROLLO DEL TEMA

Narrativas de sobrevivientes de abuso sexual

En mi quehacer clínico he tenido la oportunidad de atender casos relativos a estas temáticas. Y al igual que lo he descrito, me ha sucedido que consultantes, mientras están resolviendo sus motivos de consulta originarios, me cuentan su decisión de volver a mirar estos dolorosos recuerdos, y de la utilidad que les prestó el haber tenido algunos avances terapéuticos previos, así como el no sentirse presionados, o de no hacerlo antes de conocerme (probarme).

Sobre el análisis a posteriori de sus fichas clínicas y de la revisión bibliográfica anterior, propongo algunas narrativas y autonarrativas (Ver Anexo 2) de los consultantes sobre situaciones asociadas a los eventos traumáticos del abuso. Como podrá observar el lector, éstas se *entrelazan* y *sostienen* de manera consistente en un sistema narrativo que se genera en una relación histórica de hechos, pero que se mantiene con independencia del recuerdo del hecho traumático o de la presencia del victimario. Dichos relatos, se reactualizan en la vida cotidiana del sobreviviente, caracterizando y orientando el operar del sujeto como víctima, y sosteniendo ciertos patrones interaccionales recursivos en sus relaciones significativas.

1) *“Soy culpable o merezco castigo”*: Durante una experiencia abusiva en la infancia, todo se presenta ante los ojos de la niña/o de modo tal que se asuma como responsable del abuso y del impacto o desastre de este acto en su familia (Kamsler, 1990). Por otra parte, la responsabilidad refuerza la culpabilidad, cuando la víctima se supone además, responsable de ser deseable a los ojos del adulto abusador (Perrone & Nannini, 1997). Todo esto constriñe el modo de vivir de acuerdo a parámetros altamente rígidos impuestos por otros, frente a los cuales no se está permitido errar, a pesar de que no se posea una sensación de controlabilidad. En la vida adulta, cualquier evento que tenga como resultado opciones fuera de lo que los otros esperan del sobreviviente, se viven como desastres y negligencias que merecen o tendrán fuertes castigos. Potenciando una sensación de fracasos reiterativos en el tiempo, baja autoestima y nuevamente culpabilidad. Es posible que esta situación lleve al sobreviviente a vincularse a otras personas que también hayan vivido situaciones de fracaso, como grupo de pertenencia, aumentando su nivel de riesgo psicosocial.

2) *“Soy especial/ sucia /mala”*: O’Hanlon (2001, pp. 228) señala que “casi todas las personas que han sufrido unos abusos sexuales graves piensan que son malas”, a diferencia de las que sufren estrés postraumático por otras razones. Estas narrativas, pueden considerarse como posibles variantes que justifican el abuso o ciertos eventos relativos a él.

En la niñez al desresponsabilizarse el agresor, la víctima queda investida del “poder” de llevar a un supuesto hombre intachable (el agresor) a conductas indignas (el abuso). Si éste, además, ha convencido a la víctima de que lo hace a voluntad,

ella poseería alguna particularidad especial, algún ámbito de maldad al no poner, o no querer poner freno a las “seducciones”. Mediadas por el confuso e intenso flujo emocional resultante, probablemente ciertas reacciones sexualizadas, disruptivas, o agresivas (Kamsler, 1993) pueden deberse muchas veces a vaivenes entre las sensaciones de rechazo a la cercanía con el agresor, así como a un *juego de bluff* de complicidad y poder, por poner de manifiesto la relación secreta con el agresor ante otros significativos, y el temor y culpa que hacerlo le provocaría al exponerlo.

Durante la vida adulta, este modo de ser especial se puede manifestar en lo que se connotaría por otros como habilidades manipulatorias (sea o no sexualizadas), al tener la capacidad de hacer uso de aquel “poder” sobre los otros, aunque no se tuviera control de cuando o con quién se aplique. (Finkelhor en Jiménez y Martín, 2006)

Es posible que algunos intentos de suicidio de los sobrevivientes con sensación de impotencia se sostengan en esta descripción (vinculada también a la narrativa “Soy culpable”), sobretodo cuando dichas habilidades “manipulatorias” produzcan daño (real o no) a personas significativas (o más lejanas), o cuando (según la visión del sobreviviente) dichas habilidades “fuercen” a otros a ejercer nuevas conductas abusivas sobre ellos.

Así también las situaciones de revictimización sexual, puedan estar relacionadas con estos eventos, al trabar y disminuir sus conductas de autocuidado (ver *Nada puedo hacer con las cosas que me pasan*) en las víctimas frente a complejas situaciones relacionales de atracción, complicidad o pseudoaceptación, secretismo, agresión física, verbal o sexual, reaccionando con alta permisividad,

conformidad pasiva, alta determinación externa (ver *No sé que quiero para mí*) y/o a lo menos con inseguridad y ambivalencia respecto de su seguridad.

3) *“Soy especial/ distinta”*: En este caso, la posible generación de esta narrativa también remite a una ilusión de “poder”, pero esta vez en relación al bienestar y estabilidad de la propia familia. El abusador al poner la responsabilidad del futuro de los otros miembros del grupo familiar en la niña, a través de influencias del tipo “si se lo cuentas a tu madre podría sufrir un colapso” o “si te niegas a hacerlo tendré que hacérselo a tu hermana menor”. Permite instalar esta descripción de ser una persona especial y distinta, capaz y con el deber de proteger y responsabilizarse de otros a través del sacrificio. A pesar de que no necesariamente se entienda, porqué fue la persona elegida.

4) *“Soy extraña/ loca”*: La influencia que el perpetrador ejerce sobre la víctima en relación a desvirtuar sus propias percepciones y la corroboración de esto por otros miembros de la familia o significativos (por ejemplo la madre, Ibaceta, Becar y Guadalupe, 2006) en términos que los acercamientos de tipo sexual serían modos “normales de amor paternal, filial, etc.”, frente a lo cual la víctima debería estar contenta y agradecida, pese a su desagrado, apoyan la noción de “ser una niña extraña”, “mal agradecida”, etc.

En la vida adulta, al sumarse otras experiencias, sensaciones, reacciones o sintomatologías “inexplicadas”, ambivalentes y fuera de control para la sobreviviente, que determinan modos de actuar diferentes a los observables en personas cercanas o significativas, así también frente a la comprobación de una sexualidad distinta (ej.: falta de interés y/o goce, utilitarismo, etc., Finkelhor y Browne, 1985), podrían terminar de configurar la creencia de locura o perversión como explicación.

Cabe mencionar que los significados de atribución de control de ambos calificativos señalados previamente, “perversión y perturbación” (Kamsler, 1993), son disímiles. En el primero se le suele otorgar una responsabilidad al sujeto/víctima, así como el consiguiente castigo social; mientras que en el segundo esto no sucede. Sin embargo, cualquiera sea el predominante, se genera una ilusión de alternativas, donde el sujeto no puede escapar de la idea de ser distinto y extraño.

5) *“No sé qué quiero para mí”*: La mujer que padeció abuso sexual durante su niñez “ha sido influida por una cantidad de prescripciones acerca de cómo debe sentir, cómo debe ser y cómo debe pensar, prescripciones que fueron activamente alentadas por el perpetrador en sus interacciones con la niña” (Kamsler, 1990, p. 27). La disonancia entre lo que piensa respecto de sí o para sí en relación a lo desagradable, doloroso, o vergonzoso del abuso, y por otro lado lo que señala el abusador, en términos de que “tu me obligas a hacértelo... a ti te gusta”, se resuelve poniendo en un segundo plano las percepciones propias, como modo de sobrevivencia (“Carrera Moral” y la “pérdida de Voz” en Barudy, 1998 y Cobb, 1996, respectivamente). Posteriormente la víctima sigue buscando en los referentes externos quien pueda indicarle cuáles son sus necesidades o valide sus percepciones, manteniendo un locus de control externo respecto de sus necesidades. Aumentando el riesgo de revictimizaciones posteriores, en ellas o en sus hijos (Castro, 2002)

6) *“Nada puedo hacer con las cosas que me pasan”*: Según lo planteado por Perrone y Nannini (1997), el lenguaje utilizado por el abusador lleva a que “el niño debe aceptar la situación que el adulto presenta como *normal*, y conformarse al sistema de creencias del abusador [...] se le hace saber imperativamente que debe acomodarse

a esa realidad. La convicción del niño que nada podrá cambiar es reforzada por comentarios sobre su anormalidad, incapacidad o enfermedad” (p. 115). En la adultez, el establecimiento de nuevas relaciones abusivas, sociales o de parejas, sumadas a la percepción de negligencia e incontrolabilidad citada en la narrativa “*Soy culpable*”, y la falta de seguridad en sus percepciones y necesidades, citada en “*No sé qué quiero para mí*”, refuerza la percepción de desesperanza con respecto a las propias capacidades para enfrentar los problemas interpersonales desde una posición distinta a la victimizante (Cobb, 1996), lo cual puede relacionarse con la alta comorbilidad de sintomatología depresiva que es posible encontrar en estos cuadros.

Por su parte, algunas *propuestas* narrativas o creencias respecto de *eventos pasados o actuales en relación a otros* que podrían presentarse son:

7) “*Debo complacer a los otros*”: Tal como se mencionó anteriormente y ligado a la narrativa “*No sé qué quiero para mí*”, esta descripción también se vincularía con las comunicaciones mantenidas por el perpetrador con la víctima durante la infancia, que han estimulado en la niña confusión respecto de sus percepciones (Luco, 2000). El efecto de estos mensajes es que la mujer recibe un entrenamiento intensivo para dar prioridades a las necesidades de los demás antes que a las propias, actitud que se convierte en un modelo habitual para asegurar las relaciones actuales (Kamsler, 1990). Por otro lado, aprende a “no tener necesidades” y a hacerse transparente, a “no molestar”. Esto hasta que no se le generen reacciones fuera de su control por ira, al ver demasiado postergado el respeto de sus necesidades (que ni ella reconoce), desembocando en una validación de la narrativa tipo “*Soy extraña/ loca*”.

Posteriormente, vuelve a ser transparente para resolver el conflicto, y mostrar arrepentimiento y disculpas.

8) *“Vergüenza de quien soy en realidad/ de mostrarme vulnerable”*: Es frecuente que durante el abuso, el agresor transmita de manera abierta o encubierta a la víctima, que es ella la que lo incita, manipula o seduce. El silencio pactado es vivido también, como una protección del agresor frente a los demás de esta característica indigna e inaceptable en una buena niña/o, mujer, etc. “Las víctimas de abuso muchas veces son presionadas a guardar silencio sobre las experiencias abusivas, no permitiendo oportunidad a verbalizar las reacciones emocionales o fisiológicas” (Harter, Erbes y Hart, 2004) Durante la adultez, el o la sobreviviente del abuso sexual en la infancia se las ha arreglado para parecer frente al resto como alguien “normal” manteniendo una fachada rígida. Por muy precaria que esta pueda parecer a veces, esconde formas de ser y actuar que percibe como repudiables por los otros. Según Finkelhor se mantiene un doble lenguaje, doble vida; la sexualizada y la otra (Finkelhor en Jiménez y Martín, 2006). Sin embargo esto ya no se referiría exclusivamente al plano sexual, sino que a diferentes ámbitos existenciales, los que deben mantenerse escondidos. Por lo tanto, el conocimiento público de por ejemplo, problemas de la esfera íntima (violencia intrafamiliar) o de salud mental (intentos de suicidio) están “impedidos” (“que nadie sepa lo mal que estoy o que la estoy pasando: me van a juzgar”). Perpetuándose un estilo comunicacional “secretista”, sostenido en al vergüenza, y en la promesa del repudio social.

9) *“Miedo a lo que soy capaz de hacer con las personas”*: Este temor que podría presentarse en el discurso del consultante adulto/a, también puede aparecer como corolario de narrativas antes descritas que se vinculan con la responsabilidad y el

poder sobre otros, puesta en él/ella por el abusador durante su niñez (*“soy especial/mala”- “soy especial/distinta”). Del mismo modo, en la adultez este relato puede actualizarse en la medida en que el sobreviviente toma conciencia de que su experiencia traumática es un modo de relación no exento de dolor o sufrimiento, ni tampoco el ideal de interacción entre un adulto y un menor. Por lo tanto, puede estar ambivalente y temeroso/a con respecto a por ejemplo, cómo criar a los hijos (o relacionarse con otros) sin repetir un patrón abusivo / traumatizante no sólo en el ámbito sexual (violencia, negligencia, etc.) (Denov, 2004).*

10) *“Me tienen que encarrilar”; “Necesito de otros/ no puedo estar sola”*: De acuerdo a lo planteado por Durrant y Kowalski (1990) la experiencia de abuso sexual afecta la autoimagen de la niña de manera tal que oculta su sensación de persona competente. De hecho la supuesta seducción al agresor por parte de ella, puso en riesgo el bienestar de toda la familia. En la vida adulta, esta descripción puede manifestarse en la dificultad de la víctima para identificar sus propios recursos, manteniendo un locus de control externo que guíe su conducta. Esto es, la descripción por un otro de aquello que está o no permitido en una relación y el establecimiento de límites que la sobreviviente no puede sostener (O’Hanlon 2001), la instauración de vínculos seguros, que no se rompan o vean amenazados por el “poder (de seducción)” incontrolable que tiene la víctima sobre los demás, etc.

11) *“Temo no calificar, no poder ser amada/o”*; La niña abusada puede reconocer en su relación con el abusador características amorosas, pero también, otras dañinas y dolorosas. Esta confusión, además de la exclusividad que acarrea el vínculo abusivo, se actualiza en cada interacción íntima que se establece.

Existe tendencia a poner a prueba las relaciones de pareja actuales, respecto de la dimensión dolorosa “que debería aparecer”, la que se vive a través de una expectación angustiosa y que instala una dinámica de profecía autocumplida. Es probable la explicación en base a la historia (“Soy extraña/loca”), o enterrándola (disociación). Sea que aparezca, o no dicha dimensión (por ejemplo, infidelidad, etc.) la ansiedad aparece en distintos momentos (O’Hanlon, 2001). Peor aún si no aparece, las narrativas anteriores convencen que no se merece esa relación y/o que se está perjudicando al ser amado (“Soy culpable”). Finalmente, la angustia lleva a cuestionar el vínculo, con el fin de evitar la esperada reacción o castigo; o por descontrol e imposibilidad de soportarla. Todo esto con la intención de encontrar en el quiebre de la relación la posibilidad de descansar de aquella angustia (Cobb, 1996). Sin embargo, esto no plantea el fin de la relación, debido a la existencia de narrativas del tipo “*Necesito de otros/ no puedo estar sola/o*”, determinando un ir y venir que desgasta y deteriora la relación. También pueden producirse estas situaciones en el espacio terapéutico.

12) “*El amor se merece por medio del sacrificio*”: Como una sutil variante de la narrativa “*Me tienen que encarrilar*”, la niña/o aprende que las relaciones afectivas no se producen sin un gran dolor. Más aún, el que alguien la o lo ame, se acepta en base a una condición de postergación, por tanto de un sacrificio (narrativa “*Soy especial/ distinta*”). En síntesis, la magnitud del amor irá en directa relación a la magnitud del sacrificio, o dolor, experimentado por ella; o visto por su pareja. Desde ahí, la reactualización de dinámicas abusivas en posteriores relaciones sociales o de pareja, pueden presentarse con mayor frecuencia, a la vez que alimentan una autoimagen reforzadora de la misma narrativa.

13) *“No se puede confiar en la gente”*: Durante su infancia, el/la sobreviviente que ha sufrido de agresiones sexuales no sólo se enfrenta a la victimización inicial del abuso (perpetrada por alguien que, en la mayoría de los casos, debería cuidarle), sino que también, se ve enfrentado a la “traición” e incredulidad de su cuidador/a primario/a (por ejemplo, su madre) y/o de otros cercanos (hermanos, tíos, abuelos, profesor, mejor amigo, etc.), sin poder encontrar ninguna validación o protección, sino más bien confirmando su culpabilidad (Ver *“Soy culpable o merezco castigo”*). Así, la situación pasa a ser aún más vergonzosa y su responsabilidad se acrecienta, debiendo continuar con el secreto de la agresión (Fulmer, 1992). El no encontrar acogida o comprensión en los otros, puede acrecentarse en la vida adulta, en que vuelve a sentirse juzgado y revictimizado en los fracasos interpersonales que experimenta, sea por nuevas relaciones abusivas, por no encontrar un grupo de referencia, o por no poder dar explicación o control a reacciones espontáneas (Ver *“Soy extraña/ loca”*). Se vive en la confusión de ser malo, o que la gente actúa con maldad hacia sí. En cualquiera de los casos, los fracasos interpersonales confirman que se es distinto, y por tanto, será preferible vivir aislada/o con la vergüenza, a ser juzgada/o por otros, y/o para protegerse de ellos.

DISCUSIONES

Existen múltiples consideraciones, generalmente compartidas por los espacios psicoterapéuticos, que pretenden promover el trabajo eficiente, ético y respetuoso del sistema consultante. Posiblemente, frente a la sospecha de experiencias de abuso

sexual en la infancia en algún consultante, algunas de ellas cobrarán mayor importancia, al impulsar con más fuerza una experiencia emocional correctiva. De éste modo, ciertas consideraciones podrían ser agrupadas, en relación al contexto y sistema terapéutico, y a la elección de técnicas:

Contexto y Sistema Terapéutico

a) Dadas las características anteriormente descritas respecto de estos clientes, se hace indispensable establecer un marco de trabajo que resguarde los espacios personales que le han sido transgredidos con anterioridad. Con este objeto la explicitación de *límites* lo más claro posibles resulta importante, definiéndose las conductas permitidas (especialmente de contacto y acercamiento) por el sistema terapéutico (terapeuta/s y consultante/s) dentro y fuera de la sesión. No como una declaración de principios generales fuera de contexto al comenzar, sino en la medida que surjan malos entendidos.

De hecho, hasta en aspectos muy concretos, por ejemplo, ofrecer mostrar las dependencias de la consulta terapéutica, presentar a los administrativos y/o al equipo tras el espejo si fuera necesario, etc., puede ser una forma más de transmitir dicha confianza, a la vez que la valoración de su persona. Luco (2000) sugiere el acordar el modo trabajo con el consultante, y considerar ese acuerdo como un compromiso por parte del terapeuta. Por supuesto, central es la validación de lo que no le parezca apropiado al consultante, incluyendo las condiciones básicas para realizar una psicoterapia. Si este fuera el caso, se deben negociar dichas condiciones, o dar la

posibilidad de elegir continuar el proceso o suspenderlo, si estas fueran centrales en el tratamiento.

b) Particularmente importante será la percepción que tenga el cliente respecto de su terapeuta, sobre todo en relación a la *confianza* que se establezca en aquella alianza. Este último, deberá plantearse no abusivo, ni disruptivo, ni burlesco, sino más bien, hasta cierto punto previsible y estable en su modo de ser y de relacionarse. Esto permitirá que la posible víctima de abuso pueda compartir sus puntos de vista y emociones con menor temor a ser “pasada a llevar”, o nuevamente juzgada y avergonzada. Esto incluye a la relación con otros, dentro del contexto de la consulta (por ejemplo secretaria, etc.)

c) Una situación compleja en la relación terapéutica son los intentos de suicidio, así como situaciones potencialmente peligrosas. Es una prerrogativa del terapeuta, por tanto, estar atento a los altos niveles de ansiedad, angustia, rabia e impulsividad.

Ahora bien, se debe contar con líneas de acción adecuadas y pertinentes, sea a través del uso de redes sociales, medicación, etc. Sin embargo, es importantísimo que se definan de común acuerdo. En este sentido la postura del terapeuta debe ser de claridad y seguridad en sus actos, pero sin llegar a ser autoritario, manipulador o violento. Lo que se puede lograr, a través de manifestar la preocupación que puede estar sintiendo el terapeuta por su cliente, mediado por la valoración que se tiene de él y de la importancia de su seguridad. En este sentido, esto ya genera una expectativa positiva en la relación terapéutica.

d) Respecto a ciertas características descritas anteriormente, en relación a dinámicas vividas en vínculos abusivos, debe ser evitada el lugar que el sobreviviente puede atribuirle a una figura externa que defina los marcos de un actuar “normal”. El terapeuta puede constituirse en un referente, más no en un parangón de adaptación.

Por lo tanto, el uso de una postura demasiado directiva puede imposibilitar la emergencia de una autodefinición desde el consultante que respete sus particulares necesidades y deseos, haciéndole “adicto” al terapeuta. Al contrario. Se debe incentivar que el sobreviviente ocupe ese rol, ayudándole a reflexionar sobre decisiones anticipadas, establecer límites anticipados, o estrategias de resolución de conflictos, de autocuidado y protección, devolviéndole el poder sobre sus decisiones.

Sin embargo, una postura de este tipo en ciertos momentos de la terapia puede ser una de las únicas opciones que permitan resguardar la seguridad del consultante, como se comentó previamente.

e) Otro tipo de situaciones que suele complicar, más al terapeuta que al consultante, son las relaciones abusivas en que establece, participa, o mantiene el sobreviviente en la actualidad, con parejas, amigos, etc.

Pese a la evaluación que pudiera tener el clínico (decepción e impotencia incluida) respecto de lo abusivo de estas relaciones, es útil recordar que una de las formas de enfrentar la figura del abusador es de manera simbólica. Lo paradójico es que esto suele suceder cuando el consultante ya ha logrado ciertos avances, lo que muchas veces hace que el terapeuta lo entienda como tozudez (o “recaída”, “resistencia”, “adicción”, “placer culpable”, masoquismo, etc, o cualquier otra

explicación peyorativa que termina por minar la relación terapéutica, o reinstala la visión de víctima, loco, etc).

El exponerse nuevamente a una situación de este tipo puede ser, pese a la lógica, un avance más. Es una forma en que el sobreviviente puede volver a enfrentar a la figura abusiva (simbolizada), cuando ya se siente más empoderado, o tal vez como único modo de salir “victorioso” de una relación abusiva (también puede entenderse como modo de combatir la autonarración de víctima, Cobb, 1996). No es extraño encontrar ambivalencia, puesto que el “nuevo agresor” muchas veces puede tener elementos muy valorables, o por lo menos mejores que la figura del abusador original.

Esto puede graficarse en un caso de una sobreviviente que consultaba por “depresión crónica de toda la vida”. Durante su adolescencia, fue rescatada por su actual marido, del hogar paterno donde era abusada sexualmente. Él era un hombre muy rígido y violento, características que le habían permitido cortar con las dinámicas y argumentaciones que la mantenían “cautiva” de los abusos, alejándola del padre.

Sin embargo, años después, cuando sus hijos ya habían crecido, ella es traída por una de éstas a terapia. Luego de un intento de suicidio, resultado de una pelea donde ella confrontó la infidelidad de larga data que había tenido éste, aquel reaccionó echándola de la casa. De hecho varias veces le habían dicho que se tenía que separar, existiendo hasta denuncias y procesos judiciales anteriores por violencia, que ella había iniciado y luego discontinuado.

Habiéndose generado importantes avances en su tratamiento, y conociendo sus particularidades no me opuse cuando señaló que su intención era intentar

rescatar “el amor que nos teníamos con mi marido”. Pese a mostrarle lo difícil que podría ser, pues entre otras situaciones, él había señalado que nunca iba a asistir a sesión. Conversamos de las cosas buenas que tenía él, entre otras (“Nunca me forzó a la intimidad, si yo no quería”). También sobre cuáles serían los arranques de rabia que podría soportar, y cuáles no, y qué pasaría si eso no cambiase, cómo iba a protegerse, qué le habría enseñado esta relación sobre sí misma si resultaba o no, etc.

Tiempo después me cuenta que su marido había accedido, pero que no pudo mantener su palabra mucho tiempo. Pese a ello se encontraba muy tranquila. Según ella, porque había hecho todo lo que pudo por salvar su matrimonio, pero que ya no estaba en sus manos. Dijo que siempre supo que ese momento podía llegar, pero tenía que intentarlo. Había aprendido que su marido fue un personaje importante que le permitió “no morir antes de aprender a vivir”. Fue como un “macetero” que recogió “una planta marchita”, pero que hoy ella era una planta que debía buscar otro jardín. Estaba agradecida de él (pese a todo), pero tenía que dejarlo ir. Hoy era más alta y fuerte que el macetero que alguna vez la cobijó.

En este mismo sentido es importante no caer en la dinámica interaccional, donde el terapeuta intenta salvar (proteger) al consultante y éste, recursivamente, intenta salvar al agresor. Dinámica que muchas veces rompe la alianza terapéutica y paradójicamente hace que el sobreviviente minimice y justifique las agresiones que sufre en la actualidad.

f) Útil frente a la sospecha de abuso es la opción de centrarse en los *recursos* del consultante, así como en la validación y reconocimiento de sus habilidades y

temores, connotados positivamente (Navarro Góngora, 1992). Esto permite destacar implícitamente aquellos aspectos de su autoimagen y definición más allá de la experiencia traumática y del rol de víctima. Además, permite al clínico no perder de vista a la persona, como un ente activo y competente, no gobernado por la experiencia abusiva.

En el caso de un joven que consultaba por “problemas de pareja”, y que presentaba mucha culpa cuando peleaba con su pareja, se le pidió que identificara en qué forma esta sensación le podría haber sido de utilidad en su historia. Él comentó que le permitía no agredir a su pareja y cuidar de ella pese a que actuara igual que su madre. Se le planteó que era una fortaleza el grado de respeto y cuidado por las otras personas que él tenía. Luego de ciertos avances, en una sesión posterior el joven pudo contarle a su pareja (y al terapeuta) que su madre había abusado sexualmente de él en la niñez. Esto en relación a que ciertos tonos de voz cuando peleaban, le hacía recordar a su agresora durante esa experiencia.

Luego de que el joven rechazara el ofrecimiento de seguir hablando de esta situación, se les señaló a ambos que era muy común que algunas cosas de su pareja le hiciera recordar situaciones o personas desagradables, o hasta relaciones anteriores, pero que no era la situación misma, sino sólo el fantasma o recuerdo de esas situaciones. Se conversó respecto de qué cosas podían hacer para diferenciarlas, tema en lo que se continuó el resto de la sesión. Se les agradeció la confianza y valentía a ambos de poder conversar tan honestamente.

En sesiones posteriores esta pareja planteó que luego de haber conversado el tema con mayor profundidad, ambos creían que era importante que él pudiera

recibir tratamiento por este tema. Se connotó esta petición como una muestra de amor de parte de ella (al entregarle su espacio en la sesión) y como una necesidad de poder resguardar a su pareja, para vivir su relación libre del dolor del pasado, de parte de él.

Luego de conversar múltiples posibilidades, se llegó al acuerdo de terminar primero el trabajo con la pareja, pues se habían logrado muchos avances. Para posteriormente, luego de un tiempo acordado, continuar con el tema de él y su madre. Como era previsible, su pareja participó activamente como apoyo en el proceso posterior que consistió en enfrentar a su agresora. Proceso, que por lo demás, fue bastante breve.

g) Una de las estrategias generales del enfoque estratégico, señala la importancia de co-construir motivos de consulta “trabajables” (alcanzables) y acordar metas mínimas, con el fin de hacer más probable el alcance en poco tiempo de los objetivos del tratamiento (Fish, Weakland, y Segal, 1985). Como se graficó en el caso anterior, esto cobra importancia adicional en esta temática. Esto pues, el volver al foco acordado, más allá de evitar la desorientación del clínico, también permite a los consultante en muchos casos, reducir el ámbito de influencia de las experiencias abusivas. En el caso anterior, el tema de pareja fue “protegido” de las experiencias dolorosas del joven con su madre, así también como de la autonarrativa de víctima que podría haber generado, al fundir sus problemas de pareja a la experiencia abusiva, dándole una lectura causal. Permitiendo además generar un efecto sinérgico de los progresos y recursos desarrollados en el trabajo con la pareja, hacia el proceso individual posterior (en este caso particular).

Para esto es indispensable que el terapeuta pueda mantener su flexibilidad y respeto de los límites que impone el consultante, respecto de hasta donde quiere llegar. Como señalan algunos autores del enfoque, esto es también una colaboración de los consultantes en relación a lo que quieren trabajar primero, o hasta donde pueden trabajar en ese momento (Cade y O'Hanlon, 1995). Por lo que es importante poner en manos del consultante las opciones posibles, así como las apreciaciones del terapeuta (connotadas como apreciaciones, no como prescripciones desde el rol o la experiencia), con la intención que ellos se empoderen de su proceso y progreso.

h) El trabajo con narrativas puede ser muy útil cuando se alcanza la posibilidad de deconstruir relatos, permitiendo y fomentando la elaboración de otros menos dolorosos, pero más integradores y abarcativos de la experiencia. Sin embargo, no se debe confundir esto con procesos a medias terminar que generan, por ejemplo, el uso exclusivo de la confrontación de las narrativas descritas en este artículo.

Una consultante que había realizado un trabajo terapéutico con otro profesional, me comentó su tendencia a sentirse "hiperresponsable". -"Mi psicólogo anterior me dejó en claro que yo no era una *superwoman*"- "Que bien. ¿Y cómo llamaría lo que se dio cuenta que era, entonces?"- "¿Cómo?" – "Si Uds. no es una *superwoman*, ¿qué es ahora?"- "Es que no soy una *superwoman*... Bueno, no lo alcanzamos a conversar".

Por supuesto la reescritura de las narrativas puede fomentarse a través de las preguntas, de los actos en relación terapéutica o de conversaciones que muchas veces empiezan sin tener un sentido claro.

En una oportunidad conversamos en la sala de espera con un consultante sobre qué eran los senescales, respecto de la película “El Señor de los Anillos”. Le explique que eran nobles que “guardaban” el reino cuando el rey no estaba, o mientras no hubiera un sucesor real. Por desgracia, no tenían buena fama, pues se cuenta que muchas veces se aprovechaban del pueblo. Me preguntó si el “Alguacil de Nottingham” en la película de Robin Hood era uno de ellos. Le dije que guardando ciertas diferencias, sí.

En sesión me contó que su motivo de consulta había empeorado (problemas con un jefe maltratador). Se sentía muy mal y atribuía esto a haber sido abusado en su niñez, situación que me había contado algunas sesiones antes. Luego de mostrarle cómo desde mi punto de vista, lo que había sucedido no era fruto de su actuar, y que él había actuado de manera justa, responsable y valiente, le pregunté que cómo esos recuerdos se permitían poner en duda toda la fuerza y valor que había tenido para actuar de esa manera frente a una injusticia.

Me comentó que sentía que eran como lo que hablábamos antes. De un senescal injusto con el pueblo que le hacía dudar. Le pregunté si recordaba cómo terminaba esa película y me contestó que cuando llega el Rey de vuelta de las cruzadas. Le agregué que había sido un buen rey, pues al volver había hecho justicia y su pueblo le llamó “Ricardo Corazón de León”.

Después de recordarle todos los avances que había logrado, aproveché de preguntarle -“¿En tu caso, crees que el rey ya está de vuelta para hacer justicia?”- “Yo creo que sí... (Sonriendo, algo emocionado) Yo estoy de vuelta”

Esta “técnica”, comentada más adelante, ilustra los efectos emotivos de la elaboración de una nueva narrativa “inclusiva”. Así también en otros casos me ha

guiado como una metáfora panorámica del proceso, donde los sobrevivientes empoderados se hacen frente a su vida sin el peso del abuso o de la autonarrativa de víctima.

Elección de Tipos de Técnicas

En la literatura especializada se señalan variados tipos de técnicas pertenecientes de manera general a los “modelos de la experiencia no experimentada”. Siendo la prerrogativa de estos que el sujeto vuelva a narrar los hechos abusivos, con el fin de experimentar la situación desde una postura de narrador y no protagonista (narración del hecho traumático junto con la experiencia cognitiva, conductual y afectiva)(Rodríguez Vega, Fernández Lira, Bayón Pérez, 2005), se aborde el material inconscientemente reprimido, se genere una catarsis emocional en el proceso (O’Hanlon, 2001), etc.

Más allá de sólo comentar la existencia de ciertas críticas (Cobb, 1996 y O’Hanlon, 2001), respecto de éstas debido al excesivo nivel de desgaste y dolor emocional que suelen generar, la “cautividad en una narrativa de víctima”, así como indirectamente la reducción en la adherencia a los tratamientos y/o aumento de los riesgos suicidas, entre otras complicaciones, dichas técnicas tradicionales son difíciles de usar en tratamientos donde el motivo de consulta no haya sido claramente pactado en relación a las secuelas de un abuso sexual. Es por esto que a continuación se plantean técnicas menos específicas, pero de mayor versatilidad en procesos con motivos de consulta distintos.

a) La Redefinición, técnica por antonomasia del enfoque estratégico señala la posibilidad de ofrecer distintos marcos de sentidos a los hechos vividos (Watzlawick, P. y Nardone, G.,1993). Sobre todo en relación a los sucesos descritos en las narrativas anteriores. Por ejemplo, “Yo no sé si Ud. sea culpable de “x” evento. Lo que sí creo es que Ud. intenta proteger a “P” y “Q” a toda costa. Debe tener una instinto maternal muy desarrollado.” O “Será que Ud. no sabe lo que le conviene o que es enormemente respetuosa de la opinión de los demás. Que paciencia para no enojarse e imponer sus decisiones”.

b) Adicionalmente, el análisis de los actos de habla (Austin, 1982, Searle, 1986, Ver Anexo 2) ofrece también una gama adicional de posibilidades para realizar redefiniciones terapéuticas, o por lo menos establecer diferencias útiles por sus efectos pragmáticos. Por ejemplo, la fuerza ilocutiva de algunos modos lingüísticos, como *imponer*, puede connotarse como una agresión, *pedir* puede connotarse como un acto justo, y *rogar* como una petición de algo que no se merece. Entre otros, gran parte del “arsenal” que utilizamos para sostener nuestros límites interpersonales se basan en estas diferencias, al igual que la generación de muchos conflictos cuando se utilizan de manera inapropiada.

También, pasar del uso de actos connotativos o declarativos presentes en las autonarrativas, hacia actos de habla expresivos. - “Lo que pasa es que soy loca. Todos lo saben”- “¿Cree que se está volviendo loca? Uff, con todo lo que me ha contado, es difícil no sentirse en un manicomio. Debe ser agotador que le digan a

uno lo que tiene que pensar, cuando la situación es tan confusa. Me gustaría verlos a ellos en su situación.”

A la inversa, algunos actos declarativos poseen algunas particularidades importantes a la hora de generar efectos en las autonarrativas de los consultantes. Sobretudo en la línea de devolver el control y responsabilidad al consultante, debilitando la fuerza del hecho abusivo en su vida. Como ya se ha comentado es un movimiento lingüístico de mucha utilidad para que el sobreviviente genere una narrativa distinta a la de la víctima (ejemplo, pág. 23, sobre “El Señor de los Anillos”).

c) Existen ciertas variantes de técnicas que pueden ser de utilidad, al permitir encontrar un sentido en los hechos dolorosos de la vida respecto de una perspectiva más amplia de la historia del sujeto. Por ejemplo, la “redefinición panorámica”, entendida como “un marco general histórico en el cual los acontecimientos aportados por el paciente muchas veces dispersos, son encadenados por el terapeuta de manera que necesariamente desembocan en el presente” (Cazabat y Urretavizcaya en Kopec y Rabinovich, 2007) Por supuesto, toda redefinición exitosa deberá extraer el problema de su definición de síntoma, transformándola en otro que no implique la imposibilidad de modificación.

Siendo que estas características no son exclusivas de esta técnica, sí generan una perspectiva del tipo, “Ud. está aquí, recorrió este camino, esta es su situación, y estas son las vías posibles de acción”. Esto es de alta utilidad para estos casos, en tanto dan una perspectiva narrativa donde el pasado pierde su condición determinista del futuro, la que es puesta en el presente. Además indirectamente validan (o permite la inclusión de, como diría O’Hanlon, 2001) las vivencias por muy dolorosas que

fueran, como antecedente necesario de una condición actual más favorable, y hacia un futuro liberador con más posibilidades. Potenciando los recursos de resiliencia en sus narrativas, como aparecen en el estudio realizado por Woodward y Joseph (2003).

Otras técnicas que posibilitan dicha situación son la reescritura de vida, el uso de ciertos tipos de cartas a futuro, y algunas modalidades de inducción hipnótica, que a través de un lenguaje permisivo, permiten la orientación a futuro.

d) En esta misma línea, puede ser de gran beneficio trabajar con *técnicas que promuevan una sensación de mayor control*, por parte del paciente, sobre las emociones emergentes que pueden ser percibidas como atemorizantes. Alguna literatura sugiere evitar el uso de técnicas como la imaginería, cuando existan indicadores sintomatológicos de un trastorno de estrés postraumático.

Sin embargo, dependiendo de la orientación técnica utilizada, la hipnosis puede ser útil también en esta línea. O'Hanlon (2001) la ha utilizado exitosamente, pero no guiado por metas regresivas. Sino como medio de permitir la recuperación en el aquí y ahora, la recuperación de aspecto disociados, y hasta aparentemente contradictorios a través de un *lenguaje permisivo*. Lo que desincentiva la sensación de culpa, respecto de los pensamientos intromisivos, y paradójicamente aumenta la sensación de control.

En mi experiencia con un joven consultante que tenía dificultades al tener una gran sensación de culpa, se trabajó con ciertos elementos hipnóticos. Luego de una inducción de trance leve y breve, le pedí que intentara mirar el lugar que ocupaba la culpa en el cuerpo. Esta estaba instalada en el pecho. Le pedí pudiera

notar que forma, textura, temperatura, color, etc., tenía la culpa. Le solicité que intentara moverla hacia su mano, eligiendo la derecha. Dijo sentir una bola negra, muy densa, fría y pesada.

Luego se realizó un trabajo similar, intentando “anclar” un estado de tranquilidad, que el consultante simbolizó en una cascada de vapor fresco. Para luego pedirle que se imaginara en el medio de la cascada, solicitándole que pensara en qué le podría enviar a la bola negra desde ese estado de tranquilidad. Respondiendo que el vapor la disolvía en pequeños fragmentos, pero que volvían a juntarse al dejar de hacerlo.

A la semana siguiente, luego de haber intentado algunas intervenciones sin éxito, realizamos una evaluación de proceso con el fin de evaluar si continuaba el tratamiento o se debía tomar alguna opción. El joven señaló que lo que más le había sido de utilidad, era el trabajo con la culpa, debido a que le había permitido descansar de la presión que había tenido en el pecho durante años, aunque no fuera de modo definitivo. Por esto se volvió a realizar el ejercicio.

Dos semanas después (no pudo asistir a una consulta) dijo estar muy contento pues había podido “controlar” y sacarla del cuerpo a través de la mano izquierda, por lo que se continuó el proceso terapéutico.

Siendo sólo algunos aspectos del proceso, es interesante notar la importancia que puede llegar a tener el trabajo con técnicas que permitan incluir elementos y sensaciones corporales, aunque sea de modo simbólico. Más allá de la importancia que tuvo en el caso citado, es lógico pensar que dado que el abuso sexual es también un hecho físico, el trabajo terapéutico debiera incluir esta dimensión, por

supuesto, de modo cuidadoso y aumentando la sensación de control del sobreviviente.

e) En concordancia con lo señalado, el terapeuta debiera optar por un estilo de trabajo que permita, en general, una *menor intensidad relacional* (o interpersonal). Esto con el fin de resguardar un ambiente seguro y acogedor, a la vez de prevenir y modular las probables “rupturas de la alianza” esperables en el trabajo con muchos de estos consultantes. Por ejemplo, dentro de ésta línea, el uso de preguntas del tipo: “Me podría decir si puedo hacer algo para ayudarlo a que no se le siguiera haciendo tarde. Puesto que me ha dicho que necesitaba contarme tantas cosas”, puede ser más útil al instalar una dinámica de menor tensión y autoridad unilateral que, por ejemplo: “Obviamente, Ud. no quiere venir. Me lo demuestran sus atrasos.”

Otro tipo de casos, aunque pareciera obvio, se da al admitir la presencia de errores por parte del terapeuta, por ejemplo al avanzar muy rápido en las intervenciones. Lo que permite al consultante ser más permisivo consigo mismo.

f) Dentro del modelo narrativo se han desarrollado diversos tipos de preguntas que pueden ser utilizadas con éxito. Por un lado, la externalización del problema, que plantea un lenguaje que permite cambiar la atribución identitaria que tienen múltiples discursos dominantes. White ha sugerido “externalizar los discursos internalizantes”, y específicamente, externalizar actitudes, creencias, y estrategias que mantienen la opresión. (White en Payne, 1999).

En los casos de sobrevivientes, las autonarrativas presentadas en este artículo son resultados de vidas muchas veces subyugadas por personas,

interacciones y discursos dominantes. Por lo tanto, pueden deconstruirse por medio de preguntas del estilo: ¿Cómo fue que te convenciste de ser una mala persona? ¿Quién más opina lo mismo? ¿Quiénes opinan distinto?; ¿Cómo sientes que el no poder hablarlo con nadie te ha hecho sentir más sola, sucia, etc.?; ¿Cómo es que llegaste a ser responsable por tantas cosas? ¿Cómo es que la gente descansa en tu responsabilidad? ¿Quién tendría que hacer algo distinto?; ¿De dónde crees que sale la idea que debes hacer algo para caer bien a todo el mundo?; ¿Cómo te convenciste que se puede responder a tanta presión, sin que se notara el desgaste? ¿Cómo dicen que se tiene que comportar alguien que ha vivido todo el desgaste que has vivido tú?; ¿Cómo crees que a esa edad podría una niña haber pensado en algo distinto?; ¿Qué hace que en tu familia ciertos comportamientos tenían que castigarse o esconderse, mientras otros debías esconderlos tú?; ¿Cómo es que te convenciste que tu familia sea tan débil/frágil para no poder escuchar este secreto?; ¿Y cómo es que la vergüenza se ha convertido en tu mejor compañera/ te ha quitado a tus amigos/ parejas..?; ¿Tú, seducirlo...? ¿Cómo es que los adultos/as no pueden manejar a un/a niño/a cuando juega, y dicen que lo seduce?; ¿Crees que alguien debe decidir por ti? ¿Y cómo es que te quitaron el gusto de disfrutar de tus aciertos/ aprender de tus errores?; ¿Y verte así/ haciendo eso/aguantando eso no le dolerá a tu pareja/madre? ¿Cómo es que en tu familia eligieron demostrar el amor a través del dolor/sacrificio? ¿A ti te agrada?; ¿Cuánto te influye las opiniones de gente que no ha vivido esto, respecto de cómo ellos creen que deberías actuar?; ¿Cómo es que nuestra cultura/educación te ha hecho creer que las mujeres sólo están bien cuando están con un hombre?; ¿Cuándo fue que tus familiares olvidaron como práctica habitual preguntarte si tenías miedo?; ¿Cómo es que se convencieron que él (el

agresor) era tu amigo?, ¿De donde crees que sacó la idea de que te gustaba estar con él?; ¿El ejemplo de qué persona sigues cuando intentas conseguir algo de ese modo?; etc...

Por supuesto, la generación de muchas otras preguntas, previas a la develación provienen de la participación activa en la conversación que se comparte con el consultante. Sin embargo, el uso de otros tipos de preguntas también pueden ocuparse en distintos momentos terapéuticos, por ejemplo para el caso descrito en el punto e) de Sugerencias para el Contexto Terapéutico (ver pág. 20), donde se pueden utilizar preguntas sobre la explicación y la redescrición únicas (White y Epston, 1993) y preguntas presuposicionales (Cade y O'Hanlon, 1995) y otras, con el fin de ayudar a encontrar sentido a las relaciones de este tipo que el consultante mantiene. "¿Para qué crees que vuelves a verlo/a?, ¿Qué has aprendido en el tiempo que has estado con él/ella?, ¿Cuándo sería un buen momento para retirarse?, ¿Hay algo que te falta por probar en esa relación para superar el problema?, ¿Cuánto de tu relación depende de ti/ del otro?, ¿Qué te ha mostrado esta relación de ti mismo que sería importante no olvidar/ haría que valiera la pena todo esto?", etc.

CONCLUSIONES

Las agresiones sexuales en la infancia pueden tener un impacto físico y/o psicológico variable, que en mayor o menor grado, puede perdurar y manifestarse de diversas formas durante la vida adulta. Tanto los datos estadísticos nacionales e

internacionales nos muestran que la prevalencia de éste tipo de experiencias es mucho más común de lo que desearíamos y solemos visualizar. En virtud de lo anterior, el clínico debe estar al tanto que, sabiéndolo o no, está siendo permanentemente exigido a responder de manera eficiente a este tipo de temáticas. Lo que éticamente impone exigencias a su formación y práctica.

Es por ello, que resulta necesario que los profesionales de la salud mental conozcan y manejen ciertos indicadores que podrían dar cuenta de una situación de ésta índole, con el fin de poner atención a éste antecedente en el establecimiento de la relación terapéutica y en el posterior operar clínico, independientemente de que no aparezcan explícitamente en el motivo de consulta inicial. Por supuesto, sin dejar de lado los aspectos de la vida del cliente que puedan resultar significativos y por los cuáles consulta directamente. Pues ello da cuenta de los recursos que posee el consultante, en relación a sus intentos de reactualizar los eventos dolorosos de su vida, así como sus fortalezas, en ámbitos distintos al definido desde la victimización.

En este sentido, aún siendo de gran utilidad, los indicadores sintomatológicos nomotéticos presentan importantes limitaciones, a la hora de orientar el diagnóstico, así como el tratamiento, al intentar considerar en él las particularidades de los factores etiológico-ambientales del proceso psicopatológico de las víctimas.

A modo de ejemplo, el “síndrome de estrés postraumático”, que es uno de los cuadros más prevalentes en ésta temática, es una evolución conceptual de la histórica categoría diagnóstica “neurosis de guerra”. Donde el contexto (físico, histórico, social, temporal, etc.) del combatiente/veterano de guerra que presenta un cuadro como éste, suele ser totalmente distinto que el vivenciado por una víctima violentada en sus derechos sexuales, quien es agredida de manera crónica y por las

figuras que se espera cuidaran de ella. Determinando importantes diferencias, por ejemplo, en el nivel de desconfianza de cada uno de ellos, al establecer una nueva relación de confianza con un profesional antes desconocido, así como el nivel de tensión y/o desgaste emocional que pudiera sostener dicha relación. Lo que al ser considerado no hace tan sorprendente el porque ciertos abordajes técnicos y psicoterapéuticos eficaces para los primeros, no lo sean tanto para los segundos (víctimas de abuso), además de generar variados efectos indeseables.

El recorrido desde los indicadores sintomatológicos hasta el campo de las narrativas, pretende volver a vincular la expresión más objetiva/observable del dolor de la víctima con elementos idiosincrásicos del sufrimiento en su subjetividad. Otorgando una noción de sentido entre ambas, esclarecedora de la vivencia del sujeto, a la vez que orientadora para su diagnóstico y terapéutica. Llegando a un punto interesante, al convertirse las mismas narrativas (y auto-narrativas) en elementos diagnósticos, a la vez que en posibilidades de construcción psicoterapéutica de nuevos significados.

De esta forma, se recopilan desde una óptica sistémica amplia, reflexiones y herramientas, que intentan ser lo más respetuoso posible del dolor de quienes pueden entenderse como víctimas del abuso de poder por parte de otros. Ofreciendo distintas opciones técnicas y de “maniobra” terapéutica de bajo desgaste emocional, a la vez que modos liberadores de narrarse, más allá de la remisión sintomática.

Eso sí, teniendo siempre en consideración que no es lo mismo que el consultante de vele un “secreto” de vital importancia, y que el terapeuta lo acompañe o ayude; a que lo haga el terapeuta. Esto pues muchos de los sobrevivientes tienen el temor que el haber sido víctima de situaciones abusivas, sea algo que los demás

pueden percibir. Por lo que, como se ha señalado, la apertura de dicho tema por parte de un terapeuta demasiado observador, o demasiado empeñoso suele causar la revocación de la petición de ayuda terapéutica, (“de nuevo aquella situación vergonzosa y llena de culpa que destruyó mi vida”), o puede inducir respuestas e instalar narrativas de victimización en su identidad.

En estos casos el que el terapeuta sea paciente es requisito para ser respetuoso. No reaccionando impulsivamente, forzando el cambio unilateral del motivo de consulta, sino considerándolo como una más de las posibilidades a acordar con el consultante.

Generando así un clima seguro, flexible, acogedor, lejano de enjuiciamientos, con límites claros, que permitan al consultante visualizarse más allá del abuso y compartir quizás su primera *experiencia emocional correctiva*. (Watzlawick y Nardone, 1993)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Austin, J. L. (1982) “*Cómo hacer cosas con palabras*” Buenos Aires: Edit Paidós.
- 2) Barudy, J. (1998): *El dolor invisible de la infancia*. Barcelona: Paidós.
- 3) Besten, B. (1997): *Abusos Sexuales en los niños*. Barcelona: Edit. Herder.
- 4) Boczkowski, P. (1995): Articulaciones del construccionismo social en terapia familiar sistémica. *Revista Sistemas Familiares*, Agosto, 37-48.
- 5) Boscolo, L. y Bertrando, P. (1998): Terapia Sistémica y Lenguaje: Del Interés por la Organización del Sistema a la Centralidad del Lenguaje. *Revista Sistemas Familiares*, Julio, 53-62.
- 6) Botella, L., Herrero, O., y Pacheco, M. (1999): *Análisis de Narrativas con Apoyo Computarizado: Fundamento Teórico, Metodológico y Aplicaciones a la Psicoterapia*. Universitat Ramon LLul

- 7) Buka, S. L., Kessler, R. C. & Molnar, B. E. (2001): *Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. American Journal of Public Health, 91(5), 753-760.*
- 8) Cade, B y O'Hanlon, W.H. (1995) "Guía breve de Terapia breve" Ed. Paidós, Barcelona.
- 9) Cazabat, E. y Urretavizcaya, A. (2007): La Reformulación Panorámica. En D. Kopec y J. Rabinovich (comp.), *Qué y Cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 76-98). Buenos Aires. Ed Dunken.
- 10) Castro, M. (2002): *Estudio Descriptivo de la Relación entre la elaboración de una Experiencia abusiva y la Repetición generacional de ésta. Tesis para optar agrado de psicólogo.* Universidad Central de Chile.
- 11) Cobb, S (1997): Dolor y Paradoja: la Fuerza centrífuga de las narraciones de mujeres víctimas en un refugio para mujeres golpeadas. En M. Pakman (Comp.) *Construcciones de la Experiencia Humana, Vol. II* (pp. 17-62). Barcelona. Ed. Gedisa
- 12) Coll, X., Law, F., Tobias, A., Hawton, K. (1998) Child sexual abuse in women who take overdoses: I. A study of prevalence and severity. *Archives of Suicide Research, 4:* 291-306.
- 13) Contreras, L. y Maffioletti, F. (sin/año). *Los malos tratos en la infancia y sus repercusiones en la vida adulta.* Documento extraído el 9 de Julio, 2004 en pag web *SENAME.cl*
- 14) Denov, M. S. (2004): The Long Effects of Child sexual abuse by Female Perpetrators: A qualitative Study of Male and Female Victims. *Journal of Interpersonal Violence, Vol 19, Nr. 10, October:* 1137-1156.
- 15) Durrat, M. y Kowalski, K (1990): Superar los efectos del abuso sexual. Desarrollar la percepción de la propia capacidad. En M. Durrant y M. White (Eds.), *Terapia del abuso sexual* (pp. 90- 153). Barcelona: Gedisa.
- 16) Escandell, M. V. (1999) *Introducción a la Pragmática.* Barcelona. Ed. Ariel, S.A.
- 17) Fish, R., Weakland, J. y Segal, L. (1985) "*La Táctica del Cambio: Cómo abreviar la terapia*" Edit Herder, Barcelona
- 18) Finkelhor, D. y Browne, A. (1985): The traumatic impact of child abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry, 55(4), 530-541.*
- 19) Fulmer, J. (1992): La presentación oculta de los adultos sobrevivientes de incesto u otras agresiones sexuales en la infancia. En S. Stith, M. Williams & K. Rosen (Eds.), *Psicología de la violencia en el hogar* (pp. 257- 274). Bilbao: Desclee de Brouwer.

- 20) Gallop, R., McCay, E., Guha, M. y Khan, P. (1999): The Experience of Hospitalization and Restraint of women who have a history of childhood sexual abuse. *Health Care for Women International*, Nr. 20: 401-416.
- 21) Geertz, C. (1983). *Local knowledge: Further essays in interpretive anthropology*. New York: Basic Books.
- 22) Gergen, K. (1996): *Realidades y Relaciones: Aproximaciones a la Construcción Social*. Barcelona: Editorial Paidós Básica.
- 23) Goolishian, H. y Anderson, H. (1994): Narrativa y Self. Algunos dilemas posmodernos de la psicoterapia. En D. F. Schnitman (comp.), *Nuevos Paradigmas Cultura y Subjetividad* (pp. 293-306). Buenos Aires: Paidós.
- 24) Hall, J. y Powell, J. (2000): Dissociative Experiences described by women survivors of Childhood Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 15 Nr.2: 184-204.
- 25) Harter, S. L., Erbes, C. R. y Hart, C.C. (2004): Content análisis of the personal constructs of female sexual abuse survivors elicited through Repertory Grid Technique. *Journal of Constructivist Psychology*, Nr.17: 27 – 43.
- 26) Huerta, S., Maric, V. y Navarro, C. (2002): Factores que intervienen en el impacto del abuso incestuoso sobre la víctima. *Revista Terapia Psicológica* Vol. 20(2), N°38: 117 -124.
- 27) Ibaceta, F., Becar, C., y Guadalupe, C. (2006): Prevalencia y características de las agresiones sexuales en beneficiarias del programa de tratamiento de la depresión de un consultorio de atención primaria. Extraído de psiquiatría.com, febrero 2007.
- 28) Jiménez C., C. y Martín A., C. (2006): Valoración del Testimonio en abuso sexual infantil. *Cuadernos de Medicina Forense*, Vol. 12, N° 43-44, Abril: 83-102.
- 29) Kamsler, A. (1993): La formación de la imagen de si misma. Terapia con mujeres que sufrieron abuso sexual durante la infancia. En M. Durrant & M. White (Eds.), *Terapia del abuso sexual* (pp. 15-53). Barcelona: Gedisa.
- 30) Linares, J. L. (2006): *Las formas del abuso. La violencia física y psíquica en la familia y fuera de ella*. Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica.
- 31) Luco, A. M. (2000) "Disociación Postraumática y Secuelas". En Vilches, O. (Ed.), *Violencia en la Cultura: Riesgos y Estrategias de Intervención* (pp. 97-105) Santiago: Edic. Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- 32) McLean, L. M. & Gallop, R. (2003): Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 160(2): 369-371.
- 33) Muñoz, A. (2002). Trastorno de estrés postraumático. Extraído el 9 de Julio, 2004 de <http://www.cepvi.com/articulos/trauma.htm>

- 34) Nash, M. R., Hulse, T. L., Sexton, M. C., Harralson, T. L., & Lambert, W (1993). Long-term sequelae of childhood sexual abuse: Perceived family environment, psychopathology, and dissociation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61:276-283.
- 35) Fish, R., Weakland, J. y Segal, L. (1985) "La Táctica del Cambio: Cómo abreviar la terapia" Edit Herder, Barcelona
- 36) O' Hanlon, W. (1996): La historia llega a ser su historia: una terapia en colaboración y orientada hacia la solución de los efectos secundarios del abuso sexual. En S. McNamee & K. Gergen (Eds): *La terapia como construcción social* (pp. 165- 178). Barcelona: Paidós.
- 37) O'Hanlon, B. (2001): *Desarrollar posibilidades*. Barcelona, Ed Paidós.
- 38) Pearce, W. B. (1994): Nuevos Modelos y Metáforas Comunicacionales: el pasaje de la teoría a la praxis, del objetivismo al construccionismo social y de la representación a la reflexividad. En D. Fried Schnitman (Comp.), *Nuevos Paradigmas Cultura y Subjetividad* (pp. 265-283). Buenos Aires: Paidós.
- 39) Peter, T. (2006): Mad, Bad or Victim? Making sense of Mother-Daughter Sexual Abuse. *Feminist Criminology*, Vol, 1, Nr 4, October: 283-302.
- 40) Perrone, R. & Nannini, M. (1997): *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Buenos Aires: Paidós.
- 41) Pobrete, A & Varas, Y (1994): Abuso sexual en la infancia y psicopatología de la mujer. *Anales del primer congreso nacional de la mujer y salud mental*. Santiago: Servicio Nacional de la Mujer.
- 42) Rodríguez Vega, B., Fernández Lira, A. y Bayón Pérez, C. (2005): Trauma, Disociación y Somatización. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 1: 27-38.
- 43) Searle, J. R. (1986) "Actos de habla. Ensayo de Filosofía del Lenguaje" Madrid. Ediciones Cátedra.
- 44) Shotter (1997) "El Lenguaje y la Construcción del Sí mismo" en Pakman, M. (Comp.) *Construcciones de la Experiencia Humana, Vol. I.* (pp. 213-226) Barcelona: Ed. Gedisa
- 45) Svedin, C. G., Back, C. y Söderback, S-B. (2002): Family relations, family climate and sexual abuse. *Nordic Journal of Psychiatry*, Nr 56, Vol 5: 355 – 362.
- 46) Tjaden P. y Thoennes N.(1998): Prevalence, Incidence and Consequences of violence against Women: Findings from the National Violence against Women Survey. *National Institute of Justice and Centers for Disease Control and Prevention*; Washington, D.C.
- 47) Watzlawick, P. y Nardone, G. (1993): *El Arte del Cambio*. Ed. Herder, Barcelona.
- 48) Wynkoop, T. F.; Capps, S. C.; Priest, B. J. (1995): Incidence and prevalence of child sexual

abuse: a critical review of data collection procedures. *Journal of Child Sexual Abuse*, 4 (2): 49-67.

49) White, M. y Epston, D. (1993) "*Medios Narrativos para fines Terapéuticos*" Barcelona: Ed. Paidós.

50) Woodward C. Y Joseph, S. (2003): Positive change processes and post-traumatic growth in people who have experienced childhood abuse: Understanding vehicles of change. *Psychology and psychotherapy: Theory, Research and Practice* 76, 267-283

ANEXO 1:

Manifestaciones a Largo Plazo del Abuso Sexual en la Infancia

Este apartado intenta hacer una relación de los efectos a largo plazo del abuso sexual en la infancia, considerando una revisión a partir de las estadísticas internacionales, rangos de prevalencia e indicadores psicopatológicos y diagnósticos. Pese a que existe mucha mayor investigación respecto de mujeres que han sido víctima de abuso por perpetradores hombres (en especial padres y familiares), se intenta señalar diferencias de los efectos a largo plazo con las otras variantes de abuso sexual (varones víctimas, mujeres perpetradoras, etc.).

De modo general, los rangos de incidencia en las encuestas sobre abuso sexual, no son concordantes. Por ejemplo, Wynkoop y cols.(1995) recogió estimaciones de varias agencias nacionales norteamericanas, que se dedican al tema, destacando la gran disparidad de los resultados. En 1980 las cifras mostraban una estimación de incidencia entre un 6 y un 7% según las agencias señaladas. En el año 1986, se produjo un cambio en la tipificación, al excluir la necesidad de una lesión física para considerar abuso sexual, por lo que esta estimación varió entre un 21 y un 25%, según la fuente consultada. Mientras que en el año 1990 las cifras de incidencias fueron estimadas entre un 22% y un 59%. Si además se considera el enorme monto de cifra negra presente en esta temática, se entiende, que las estimaciones respecto de la incidencia acumulativa (o prevalencia) de los abusos sexuales se hace muy difícil e incierto de calcular. Posteriormente, Tjaden y Thoennes (1998) en base a la “Encuesta Nacional de Violencia en contra de la

Mujer” realizada en el mismo país, definieron el abuso sexual como problema de salud público, al señalar la probabilidad nacional de ser víctima de abuso sexual entre un 0 y 16% para los varones y de 3 a un 27% para las mujeres.

Ahora bien, de modo sorprendente, una investigación con población representativa estadounidense (Molnar, Buka & Kessler, 2001) encontró que las víctimas de agresiones sexuales en su niñez (reportado en ese estudio por un 13,5% de mujeres y un 2,5% de varones de la población total) presentarían una estimación a lo largo de su vida de sufrir algún trastornos de ánimo, ansiedad o de abuso de sustancias, con un nivel de prevalencia de un 78% en mujeres y un 82% en varones, en comparación con el 48.5% y el 51.2% de la población general, respectivamente.

Estudios realizados en Europa, señalan que los casos reportados con algún tipo de abuso sexual antes de los 18 años, pesquisados por servicios sociales, médicos y judiciales; alcanzan entre el 10 y el 20% de todas las mujeres y del 3 al 10% de todos los varones (según Svedin en Svedin, Back y Söderback, 2002); independiente de las cifras negras no reportadas (otros autores citan estudios en que una de cada cuatro mujeres experimentaron un abuso sexual en su infancia; Hall y Powel, 2000)

Por otro lado, en la literatura se ha descrito listados de probables efectos a largo plazo del abuso sexual en la infancia (Fulmer, 1992; Poblete & Varas, 1994; Contreras & Maffioletti; Muñoz, 2002), los cuales desde una perspectiva clínica nomotética pueden ser agrupados de la siguiente manera:

Sintomatología en el área cognitivo/ afectiva: Dentro de la cual es posible incluir los síntomas depresivos, una auto- imagen negativa y baja autoestima, sentimientos de

culpa, de estar dañadas y de ser diferente a las demás personas (estigmatizada), sentirse aislada, abandonada y/o traicionada; inseguridad en las propias capacidades y percepciones, excesiva autoexigencia, disociación emocional y pensamientos suicidas. Recuerdos intrusivos o *flashbacks* y sintomatología ansiosa.

Sintomatología en el área conductual: Con síntomas referentes a la conducta alimenticia, intentos suicidas o auto-mutilaciones, problemas conductuales, impulsividad, abuso de alcohol y/o drogas. Promiscuidad o prostitución; pasividad, perfeccionismo, responsabilidad excesiva y/o insuficiente.

Sintomatología en el área psicosexual: En esta categoría podrían incluirse la ansiedad frente al acto sexual (con inhibición o evitación de las relaciones sexuales), sentimientos de culpa (y asco) durante la actividad sexual, deseos compulsivos por el sexo y disfunciones sexuales en general. En hombres sobrevivientes se agrega cierta confusión sexual, tanto a nivel de género, como de orientación sexual.

Sintomatología psicósomática: Dentro de la cual es posible incluir sintomatología física múltiple y repetitiva, cefaleas o migrañas y dolores de espalda; síntomas gastrointestinales y dolor pélvico crónico.

Sintomatología en el área social/ relacional: Podrían presentarse dificultades en las relaciones de parejas establecidas, niveles más bajos de comunicación y cercanía emocional con la pareja, mayor cantidad de rupturas en las relaciones sociales y valoración o temor excesivo a los hombres. Conflictos de dependencia/independencia, dificultad para confiar en los demás, aislamiento social o hipervigilancia, mal manejo de los límites interpersonales, inhibición sexual o hipersexualización de las relaciones. Protección exagerada de los hijos o abuso de ellos.

Además, estas personas suelen recibir diagnósticos como trastornos de estrés postraumático, cuadros ansiosos, trastornos depresivos, trastornos de la conducta alimenticia (anorexia y/o bulimia nerviosa). Del mismo modo, pueden presentarse en ellas estructuras de personalidad muy rígida y/o frágil, frecuentemente diagnosticadas como trastornos de personalidad borderline o personalidad múltiple.

También existen ciertos indicios para sostener que luego de períodos asintomáticos, pueden presentar síntomas asociados a dichas experiencia en determinados momentos y situaciones vitales (por ejemplo, relaciones de pareja, embarazo, etc.) sobretodo si no fue elaborada la experiencia en su momento, presentando recuerdos del abuso acompañados de inestabilidad emocional, humor disfórico, ideas y/o conductas suicidas, sentimientos de rabia hacia el agresor que pueden dar lugar a revelaciones tardías o deseos de venganza, no pudiéndose descartar la posibilidad de que la víctima se convierta en agresor. (Jiménez y Martín, 2006)

Además los diagnósticos conjuntos de Trastorno de estrés postraumático (TEPT) y Personalidad Límitrofe son notoriamente más comunes en mujeres que reportaron haber sido abusadas tempranamente (94.7%) en comparación con aquéllas que reportaron haber sido victimizadas tardíamente (que en esta muestra resultaron ser un 0%) (McLean & Gallop, 2003). Estos autores hallaron, por otra parte, que el abuso sexual incestuoso y la cronicidad (más de diez eventos) se asocian significativamente a la ocurrencia conjunta de ambos trastornos.

Además, el diagnóstico de TEPT en las mujeres víctimas de atentados sexuales apareció con una prevalencia de más de ocho veces, respecto del resto de la población. Por otra parte, este grupo presentó depresión en un 39.3%, mientras

que dicho porcentaje en la población general es de 21.3%. (Molnar, Buka & Kessler, 2001).

En Inglaterra, un estudio realizado (Coll, Law, Tobias y Hawton, 1998) ha encontrado que el abuso sexual es altamente prevalente en mujeres, entre 18 y 50 años, que fueron ingresadas por hospitales debido a autoagresiones deliberadas (incluyendo golpes, automutilaciones, sobredosis, intentos de suicidio). El 50,9% de éstas habrían experimentado las formas más intrusivas de abuso sexual, incluyendo penetración o intento de ella, siendo que el porcentaje aumenta a 72,8% al incluir una definición más amplia de abuso sexual. De este porcentaje el 80,7% habría sufrido su primer ataque antes de los 16 años. Así también, el grupo de mujeres que había sido internada por 5 o más intoxicaciones durante el año, presentaba mayor probabilidad de haber sido abusada antes de los 13 años, por períodos más largos y donde además la situación de abuso se hubiera repetido durante la adultez.

Como un contraste interesante, un estudio cualitativo realizado en Canadá, describe la reacción adversa de la hospitalización e internación psiquiátrica en 10 mujeres víctimas de abuso en su infancia, que fueron ingresadas por motivos diferentes al señalado. Ellas vivenciaron reacciones emocionales traumáticas (revictimización), como sentimientos de miedo, ansiedad y de sentirse abusada, y en ningún caso fue entendido como terapéutico a pesar de los años que hubieran pasado. (Gallop, McCay y Guha, 1999).

Se hace importante agregar que Rodríguez Vega, Fernández Lira y Bayón Pérez (2005) han intentado volver a traer al tapete la relación entre la somatización, el trauma y la disociación basándose en estudios de prevalencia donde se evidenciaría que el 90% de las mujeres que presentaban trastornos somatomorfos

(hipocondría, trastornos dismorfofóbico corporal, dolor, conversión y especialmente somatizaciones) refieren historia de abuso físico, emocional o sexual, y el 80% algún tipo de abuso sexual. Así también destacan la asociación entre trauma sexual y trastornos somáticos funcionales.

Vale la pena agregar, puntos que no son comúnmente señalados, como los efectos del abuso sexual realizado por agresoras mujeres. Tal vez debido al mito cultural que sostiene el *instinto maternal* (y por lo tanto, se cree dicha variante como inexistente o muy poco prevalente), así también se presupone que el efecto del abuso por agresores varones sería de mayor gravedad. Sin embargo, según Denov en un estudio cualitativo exploratorio, 14 sobrevivientes (mujeres y varones) que fueron abusados por mujeres, y algunos posteriormente por hombres, consideran mucho más dañino el perpetrado por éstas, debido a su expectativa de recibir cuidado respecto del sexo femenino (Denov, 2004). Otros autores agregan la hipótesis respecto de la sensación de exclusión social que les causa el que no exista culturalmente lecturas explicativas de las conductas de aquellas mujeres significativas (Peter, 2006). Otro punto interesante de constatar en dicho estudio es que existen algunas diferencias dependiendo del género de la víctima en relación a las áreas afectadas, como son el auto-concepto, la identidad sexual, (las mujeres presentaron confusión y repulsión respecto de su rol de género, así como algunas desarrollaron una orientación homosexual, y otras se esterilizaron jóvenes para no ser madres nunca; mientras que los varones no alteraron su orientación sexual, pero experimentaron sentirse poco hombres por haber sido víctimas de una mujer y otro pensó muchas veces en mutilarse para convertirse en un ser asexual) y la expresión de ira (por ejemplo, apareció en hombres y mujeres fantasías de abuso

sexual a mujeres, pero en ellos se agregaron conductas reales, tal vez como modo de reparar internamente la sensación de desvalimiento). Más allá de dichas diferencias, no se reportaron adicionales respecto de los efectos señalados anteriormente (Fulmer, 1992; Poblete & Varas, 1994; Contreras & Maffioletti; Muñoz, 2002) salvo de invertirse algunas situaciones obvias (por ejemplo desconfianza de las relaciones interpersonales con mujeres) (Denov, 2004).

Desde otra perspectiva, un estudio comparó los contenidos predominantes de los constructos psicológicos de mujeres con historias de abuso sexual en su infancia con un grupo control, a través de la técnica de la Rejilla (*Rep Grid*) (Harter, Erbes y Hart, 2004) Este concluyó que existían diferencias en los discursos de las primeras, al presentar menor presencia de constructos que describen “exaltación emocional” (*emotional arousal*), “escaso poder” (*low forcefulness*) y “bajo involucramiento” (*low involvement*).

En concordancia con otras metodologías e investigaciones los autores señalan que la reducción de la expresividad emocional (referido a reducción en el uso de constructos de ese tipo) se correlaciona con altos niveles de distress en los sobrevivientes y puede deberse a la repetitiva invalidación emocional que impone el perpetrador, a través del silencio, impidiendo cualquier verbalización emocional o respuesta fisiológica. Esto, salvo en los casos de abuso intrafamiliar altamente intrusivo. En éstos la expresividad está exacerbada tanto en las emociones positivas como en las negativas, tal vez como respuesta a la fragmentación del self.

Así también, respecto de la dimensión “escaso poder” se presentan en los discursos expresiones que refieren a indiferencia, apatía, pasividad, sumisión,

desvalimiento, letargo, o sea, todo lo opuesto a energético, fuerte expresividad, persistencia e intensidad.

Además aquellas mujeres solían usar menor cantidad de constructos referidos a la “baja involucración”, así como más descripciones concretas y coloquiales. Esto, graficado en el menor uso de expresiones como, poco compromiso o poca dedicación, experiencias de calma, tranquilidad, y relajación; y en expresiones de alto concretismo como “libre de preocupaciones”, “feliz va el suertudo” (*Happy-go-Lucky*).

Ahora bien, la falta del uso de estos tipos de constructos podría reflejar el impacto de experiencias relacionales coercitivas, supresión de experiencias traumáticas o de desamparo, y/o hiperarousal autonómico que excluye experiencias de calma y paz.

Así también estas sobrevivientes presentan un menor uso de contenidos relativos a altos estándares morales o religiosos. Lo que puede ser percibido como atemorizante por ellas debido a la generalizada autopercepción de culpabilidad que producen dichas experiencias abusivas. Desarrollando significados alternativos a los juicios morales.

Sin embargo, también se hace necesario señalar que existen distintos mediadores de los efectos a largo plazo del hecho abusivo. Existen muchas variables que intervienen en que haya o no impacto psicológico negativo permanente, o que no se produzca. (Huerta, S., Maric, V. y Navarro, C., 2002)

Kamsler cita algunos estudios donde “se señala que por lo menos algunas mujeres que sufrieron abuso sexual durante la infancia se consideran relativamente bien adaptadas a la vida adulta y que ello coincide con las evaluaciones clínicas.

Esas mujeres tienen conciencia del trauma que les produjo la agresión sexual infantil, pero consideran que han podido superar la angustia a largo plazo gracias a la intervención útil de otras personas, tales como miembros de la familia o profesores” (pp. 22, 1993).

A pesar de no haberse encontrado algún estudio que explicita el porcentaje estadístico de sobrevivientes que no presentan sintomatología psiquiátrica y que presentan un buen nivel de salud mental, es lógico pensar que las interacciones de ayuda psicológica o psiquiátrica formal no son necesariamente las únicas que generen estos efectos, -más allá de la ayuda profesional social, jurídica, etc., o informal, familias, cónyuges, etc.- aunque parecieran presentar efectos más eficaces en casos complejos (estudios de efectividad de la psicoterapia).

Desde la perspectiva de la psicología positiva, Woodward y Joseph (2003) señalan que frente a estas experiencias se podrían encontrar tres posibles resultados: supervivencia (*survival*), mejoría (*recovery*) y prosperidad (*thriving*). En otras palabras aquellos que difícilmente sobreviven, pero que no alcanzan sus niveles de funcionamiento anteriores; los que mejoran hacia sus niveles anteriores de funcionamiento; y los que prosperan yendo más allá de su nivel de funcionamiento psicosocial original, creciendo como resultado de los recursos que movilizan frente la experiencia abusiva.

Estos autores señalan que existe “evidencia que muestra que entre un 40-70% de las personas que vivieron un evento traumático, con posterioridad reportaron alguna forma de beneficio de la experiencia” (pp. 268), obviamente no por la situación misma, sino por la forma en que ellas habrían movilizad recursos

previamente desconocidos, en ausencia de tratamiento especializado. Estas se podrían agrupar dentro de los tres siguientes niveles:

A) Motor interno hacia el crecimiento: *-Deseo de vivir*, como descubrimiento lleno de sentido en situaciones límites.

B) Vehículos para el cambio; o sea experiencias que habrían sido importantes para originar cambios positivos y crecimiento personal. Entre éstas:

-Toma de conciencia de su responsabilidad (Awakening of responsibility), como punto de su vida en donde se dieron cuenta que tenían la oportunidad de hacerse cargo o no, de la dirección que querían darle a sus vidas.

-Validación y Aceptación genuina de parte de otros, sin ser enjuiciados, respecto de su experiencia y como posibilidad de ser ellos mismos.

- Amor y nutrición emocional al reconocer y encontrarse con sus propias necesidades (incluyendo las de protección) a través del dar y recibir amor, así como procurarse auto nutrición.

- Liberación y libertad, que provino de múltiples situaciones, entre otras sensación de control, abrir un secreto, perdonar, enfrentar al abusador.

- Dominio y control, liberación esta vez a través de sensación de éxito y logro.

-Pertenencia y conexión a otro/s incluyendo los temas espirituales, los que hacen traspasar los sentimientos de soledad.

C) Cambios Psicológicos como por ejemplo:

-Cambios en la autopercepción, en tanto aumento de insight, posibilidad de experimentar emociones, expresarlas y procesarlas, reconocimiento de fortalezas internas, y de necesidad de cambios adicionales en la vida que se lleva.

- *Logro de nuevas perspectivas de vida*, en tanto verla como un proceso de aprendizaje eterno, aceptar el pasado, vivir el presente.

- *Cambios en las relaciones interpersonales*, por ejemplo, a través de la valoración de cómo han ido mejorando estas, siendo sus comunicaciones más asertivas, etc.

ANEXO 2

Narradores, Narrativas y Autonarrativas

Tal como es posible identificar en estos casos ciertos indicadores a nivel psicopatológico, también es posible encontrarse con una serie de *creencias, relatos o narrativas dominantes* del sujeto respecto de sí mismo o de eventos pasados y actuales que forman parte constitutiva de la teoría comprensiva explicativa de la vida de éste.

Para esto se han elegido las narrativas, por ser unidades de análisis utilizadas dentro de los marcos epistemológicos del constructivismo y del construccionismo social. Ambas consideran a los sujetos como creadores activos de significados respecto de la experiencia. Según Sluzki, “las descripciones –estructuras narrativas– son sistemas semánticos que contienen una trama (“qué cosa”), unos personajes (“quiénes”) y una situación (“dónde y cuándo”). Los significados de estos componentes narrativos son regulados por el desarrollo y contenido (tema) de la historia y los regulan”. (Sluzki, 1991 citado en Boscolo y Bertrando, 1998, p. 60).

Ahora bien desde el construccionismo social, se cuestiona la noción de “self”, “sí mismo” o “individuo” en su acepción tradicional y es vista sólo como una teoría más, referido a lo que somos, entendido como alguien único.

Como señalara Geertz “La concepción occidental de la persona como un universo limitado, único y más o menos integrado motivacional y cognitivamente, como un centro dinámico de conciencia, emoción, juicio y acción organizado en un conjunto característico y opuesto por contraste tanto a otros conjuntos semejantes, como a su background social y cultural es, por muy convincente que pueda parecerse, una idea bastante peculiar en el contexto de las culturas del mundo (Geertz, 1983, p. 77).”

Sin embargo, es por este medio que se afianzan las bases para nuestros juicios morales respecto de quiénes somos y qué hacemos. Lo que surge a raíz de la participación en una variedad de pautas de interacción social, semejantes a juegos, que nos permiten tener ciertas identidades. (Boczkowski, 1995; Pearce, 1994).

Entonces, desde esta perspectiva, “el *sí mismo* se convierte en las maneras, más o menos estables y emocionales, de contarnos a nosotros mismos y a los otros acerca de uno mismo y la propia continuidad, a través del cambio azaroso y continuo del vivir”. (Goolishian y Anderson, 1994, p. 298). Aunque, “en lo absoluto como entidades objetivas ya terminadas y completas, sino como entidades en proceso de construcción, tanto construidas como abiertas a nuevas construcciones, o incluso, reconstrucciones, de diferentes modos en diferentes circunstancias discursivas y conversacionales, según el propio sentido de cómo se esté ubicado, en relación tanto con nuestro propio proyecto como con los de otros a nuestro alrededor” (Shotter, 1997, p. 215).

En este sentido, el “self” es reemplazado por el concepto de narrador, narrador que se auto-narra a sí mismo con los demás y a los otros, y que a su vez es narrado por los otros.

Ahora bien, Howard señala que el self como personaje puede equipararse a “un centro de gravedad narrativo”, por lo menos en el uso cultural occidental, permitiendo la coherencia del relato al convertirse en nódulo de una red de proposiciones interrelacionadas (en Botella, Herrero y Pacheco, 1999, pp. 5).

Gergen agrega una distinción respecto de las narraciones, emergiendo de éstas el término *auto-narraciones*, haciendo referencia con esto a la explicación que presenta un individuo de la relación entre acontecimientos auto-relevantes a través del tiempo. Esto es, un relato en que los acontecimientos de la vida son referidos sistemáticamente, y hechos inteligibles por el lugar que ocupan en una secuencia o *proceso en desarrollo* relativos al narrador mismo en distintos espacios temporales. “Nuestra identidad presente, es por consiguiente, no un acontecimiento repentino y misterioso, sino un resultado sensible de un relato vital”. (Gergen, 1996, p. 233). Surge de ahí un sentido de continuidad y dirección de la propia vida, y sobre esto se puede fundar el sentido de la vida cotidiana y la interpretación de las historias futuras (White y Epston, 1980, en Boscolo y Bertrando, 1998).

Ahora bien, las narrativas presentan ciertas particularidades útiles para ser usadas como unidad de análisis (diagnósticas e interventivas), específicamente dentro de la temática del abuso sexual.

Aunque debido a la constelación de fenómenos psicológico-relacionales relativos a la experiencia abusiva misma, (entre otros, la disociación afectiva de los hechos, el secretismo y la desidentificación señalados anteriormente), estos pueden

haber impedido la generación de narrativas respecto del hecho abusivo en particular, o dicho de otro modo, pueden haber bloqueado la memoria como construcción narratológica de ese/os episodio/s (Botella, Herrero y Pacheco, 1999).

Sin embargo, de todas formas se construyen narrativas y autonarrativas respecto de otras interacciones, en las que se reflejan efectos del hecho abusivo, por ejemplo, en la relación más amplia con el abusador, la reacción con otros (contexto familiar y significativos) y las experiencias personales de descontrol, confusión y rebalse emocional, entre otros.

Es por esto que las narrativas que se proponen en este artículo, describen de manera explicativa los hechos y situaciones relacionales que rodean el hecho abusivo, y a la vivencia del sobreviviente en diferentes momentos vitales, desde la perspectiva del narrador-sobreviviente en un contexto terapéutico. No como una forma única, ni menos ideal, al contrario, pues la función terapéutica se dará en tanto puedan perturbarse y recontarse de otras formas. Pero sí con un objetivo de hacer más comprensible y cercano al psicoterapeuta, algunos posibles modos en que el sobreviviente pueda estar viviéndose su subjetividad.

Actos de Habla y Narrativas

Desde la filosofía del lenguaje ordinario se ha teorizado respecto del efecto que posee sobre las “cosas” el uso del lenguaje. Esto, se sostiene sobre la relación entre la sintáctica (reglas del lenguaje), semántica (significado) y la pragmática (efecto de lenguaje) en cualquier idioma. Ahora bien, ciertos conceptos de esta

tradición pueden ser útiles para especificar modos en que pueden ser analizadas las narrativas.

Fue Austin, quién en su libro “Cómo hacer cosas con palabras” (Austin 1982, en Escandell, 1999 y Watzlawick y Nardone, 1993) señaló que todo enunciado posee tres actos que se presentan simultáneamente. Un acto locutivo que consiste en acto de “decir algo” (acto fonético); un acto ilocutivo que se realiza “al decir algo” (el contenido dicho) (o bien lo se pretende lograr al hablar) y uno perlocutivo que sucede por haber dicho algo.

Además según Searle (1986 y en Escandell, 1999), el significado de toda oración puede analizarse en dos partes: a) Un indicador proposicional, que es el contenido expresado por la proposición y b) un indicador de fuerza ilocutiva, que muestra en qué sentido debe interpretarse la proposición, por ejemplo a través de la entonación, énfasis prosódico, etc. De manera genérica esto se presenta como una función entre una fuerza ilocutiva (F) y un contenido proposicional (p) o (PR) cuando dicho contenido posee un sujeto (R) y un predicado (P):

$$“F (p)” \quad \text{ó} \quad “F (PR)”$$

Donde F puede adquirir el siguiente valor, no necesariamente excluyente:

- (1) Asertivos: su propósito es representar un estado de cosas como real.
- (2) Compromisivos: su objeto es comprometer al hablante con un curso de acción futuro.
- (3) Directivos: su objeto es comprometer al oyente con un curso de acción futura.
- (4) Declarativos: su propósito es crear una situación nueva.
- (5) Expresivos: sirven para manifestar sentimientos y actitudes del hablante.

Ahora bien, existen algunas situaciones lingüísticas cotidianas en el contexto de una psicoterapia, en las cuales un observador no entrenado puede confundir el

valor de distintas enunciaciones, homologándolas. Sin embargo, esto se convierte en una importante pérdida de información diagnóstica. Pues esas diferencias permiten hipotetizar modos en que son percibidos los eventos vitales subjetivamente. Por ejemplo, desde ésta óptica existen diferencias entre los siguientes ejemplos por los distintos actos de habla que se realizan:

A)	“Estoy <i>bajoneado</i> , o <i>bajado</i> ”	Donde	- Acto Expresivo (BAJONEADO, YO)*
B)	“Estoy <i>depre</i> ” (como abreviatura)	F(p) o F(RP) Sería	- Acto Expresivo (DEPRIMIR, YO) * y/o, - Acto Asertivo (DEPRIMIR, YO) <i>Con bajo grado de fuerza ilocutiva</i>
C)	“Soy depresivo”		- Acto Asertivo (DEPRIMIR, YO) <i>Con alto grado de fuerza ilocutiva</i> y/o, - Acto declarativo (DEPRIMIR, YO)

* Estas fuerzas ilocutivas sólo pueden ser determinadas considerando la entonación.

A) La apertura del cliente a la expresión emocional, es comúnmente entendida como un elemento positivo del diagnóstico y tratamiento. Manifestando a su vez un estado que es visto como pasajero (estoy), y que no complica al sujeto, tanto como para formalizar el lenguaje, manteniéndolo altamente subjetivo.

- B) Expresándose ambos actos simultáneamente, a pesar de no cumplir con todas las condiciones de adecuación, mantiene del anterior la carga subjetiva, y la condición más o menos variable en el tiempo, pero entrega también la posibilidad de generar efectos, en tanto es constativo de una situación difícil.
- C) El primero expresa una condición bastante estable en el tiempo, que no permite otra lectura, ni se expresa con atenuación, y que se asocia adicionalmente al self del hablante. Siendo constativo de una situación, su fuerza ilocutiva explicita su gravedad y permite asegurar su mantención en ausencia de tratamiento. El segundo puede expresar una declaración en relación a la lectura de situaciones antiguas, lo que podría ser parte de un "insight" del sujeto.

Como es posible observar, los diferentes modos de enunciación reflejan la subjetividad (y la mantienen), permitiendo evaluar diferentes elementos de gravedad y pronóstico en los cuadros psicopatológicos que se poseen. Mientras que el primer ejemplo permite evaluar un recurso para el tratamiento, al llegar al último pasa a ser un indicador de gravedad del diagnóstico. Y aunque en el ejemplo anterior no son siempre excluyentes uno del otro, se debe a que son frases sacadas de contexto para su análisis. Lo que en una conversación cotidiana no sucedería, al existir reiteración de las enunciaciones y fuerzas ilocutivas en distintos momentos de la conversación.

Este tipo de análisis es de importancia, pues al intentar realizar un diagnóstico por medio de las narrativas, se debe considerar las innumerables formas

en las cuales puede ser enunciado un mismo contenido proposicional. Sea por medio de contenido cercanos, pero no idénticos, así como por variabilidad en el grado y tipo de fuerzas ilocutivas, considerando sus posibles transformaciones en el relato. Lo que sin embargo, resulta de gran utilidad al evidenciar, a través de sus matices, elementos tanto de la experiencia del sujeto, como de recursos presentes, entre otros.

Con un fin didáctico las autonarrativas y narrativas descritas en este artículo están sintetizadas a una mínima expresión que permita entenderlas en tanto narraciones. Esto es, un sujeto implícito con un predicado reflexivo en las primeras, y alguna mayor complejidad en las segundas. No es la intención especificar la fuerza ilocutiva en ninguna de ellas, aunque por motivos de comprensibilidad del lector aparecen en algunos casos en las enunciaciones de las segundas. Sin embargo, como ya se demostró las que se deben considerar en la evaluación son las que el hablante enuncie.

Adicionalmente, el análisis de los actos de habla, dan luces de posibilidades lingüísticas en la elaboración de nuevas narrativas en el caso de los sobrevivientes. Lo que es descrito con mayor extensión en el acápite referido a Sugerencias en el Operar Psicoterapéutico.