

Abuso sexual: tratamientos y atención¹

Álvaro Roberto Vallejo Samudio² y Martha Isabel Córdoba Arévalo³

Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

El abuso sexual afecta fundamentalmente a niños de cualquier género y mujeres, dejando graves secuelas en las víctimas, y en su medio familiar y social. Este artículo rastrea las publicaciones disponibles en materia de acciones encaminadas al apoyo de sobrevivientes de abuso sexual, por parte de los sistemas de salud pública en algunos países, y los tratamientos de origen psicológico más recomendados para la reparación de la salud mental de las víctimas. El abuso sexual en países en desarrollo debe ser un asunto de seguridad pública, más aun en Colombia, donde la violación de mujeres es una arma de guerra usada por los actores de la violencia sociopolítica.

Palabras clave: abuso sexual, tratamientos, estrés postraumático, mujeres, salud pública.

Sexual abuse: Treatments and attention

Sexual abuse mainly affects children of both genders and women, with serious consequences for the victims and their familial and the social environment. This article traces available literature on the actions on the part of public health systems in some countries, aimed at supporting survivors of sexual abuse. It also examines the most recommended psychological treatments for repairing the mental health of victims. Sexual abuse in developing countries should be a public safety issue, more so in Colombia, where rape of women is a weapon of war used by players in sociopolitical violence.

Key words: Sexual abuse, treatment, PTSD, women, public health.

¹ Este artículo forma parte de la construcción del estado del arte del proyecto de investigación: *Psicoterapia de grupo y estrés postraumático en mujeres abusadas sexualmente en el contexto de la violencia sociopolítica en Colombia*, actualmente en ejecución financiado por la Vicerrectoría Académica de la Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.

² Doctor en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid. Coordinador del grupo de investigación *Desarrollo Emocional y Salud Mental*. Profesor de planta de la PUJ. Contacto: Cra 77 # 13A1-29 Apto 501A, Conjunto Residencial Tonoli, Cali, Valle, Colombia; arvallejo@javerianacali.edu.co

³ Psicóloga y asistente de investigación del grupo de investigación *Desarrollo Emocional y Salud Mental* de la PUJ. Contacto: Kra 54 N. 1a-60 Apto 204 Orinoco, Conjunto Residencial Riveras del Rio, Cali, Colombia; marthacordoba@javerianacali.edu.co

En Colombia el abuso sexual en cualquiera de sus formas es un fenómeno de alarmantes y escandalosas estadísticas. Según Sánchez (2010), quien se basa en la estadísticas elaboradas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-Centro de Referencia Nacional sobre Violencia en ocho departamentos (Antioquia, Bolívar, Cauca, Chocó, Putumayo, Risaralda, Santander, Valle del Cauca) de los 32 que componen el mapa político colombiano y en Bogotá, se reportaron 119,870 casos de abuso sexual ejercidos contra la mujer entre los años 2002 y 2009. Pasando de 14,421 casos reportados en 2002 a 21,288 en el 2009. Las más afectadas eran niñas entre los 0 y 17 años de edad (84% de los casos), las ubicadas entre los 10 y 14 años representaron el 36% del total de casos, las mujeres de 18 a 39 años el 13% y las mujeres mayores de 40 años el 1%. El principal presunto agresor del abuso sexual es algún conocido cercano a los afectos de la mujer (familia, pareja, ex pareja y amigos cercanos) con el 34% de los casos, del 60% de los casos denunciados. En el 13.7% de los casos el presunto agresor era conocido (compañero de estudio, de trabajo, profesores, encargados del menor, entre otros) y en el 7.8% de los casos el agresor era algún desconocido (desconocidos, grupos guerrilleros, grupos delincuencia organizada, delincuencia común entre otros).

En Colombia, la violación sexual en mujeres debe ser entendida como uno de los síntomas del trauma psicosocial que ha dejado la guerra, el cual va más allá de simples actos delictivos callejeros y se constituye en una problemática de tipo estructural.

Los grupos armados ilegales y algunos integrantes del Estado pertenecientes a las fuerzas militares (policía, ejército, armada y aviación) son los protagonistas de crímenes violentos y abusos sexuales en mujeres de diferentes comunidades. El informe sobre violencia sociopolítica contra mujeres y niñas en Colombia de la mesa de mujer y conflicto armado citado en Echeverri (2002), presenta porcentajes respecto a los

abusos de los derechos humanos y el derecho internacional humanitario. De estos, se reconoce a los actores estatales como el autor genérico en un 87.21% de este tipo de delitos. De este porcentaje total, el 3.21% corresponde a perpetración directa y el 84% a omisión o apoyo a los grupos paramilitares. A la guerrilla se le atribuyó el 12.79% de los casos (Echeverri, 2002).

La gravedad del problema se dimensiona si tenemos en cuenta que en Colombia, a raíz del conflicto interno y la violencia desde 1997 hasta 2010, el desplazamiento interno alcanza la escandalosa cifra de 3'646,997 de personas, según la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional (2011), entidad dependiente del gobierno.

La atmósfera bajo la cual respiran las sobrevivientes de la violencia sociopolítica en Colombia es preocupante. En esta, sus derechos y relatos son vulnerados a tal punto que las instituciones que se esperaba fuesen encargadas de atenderlas se convierten en segundos perpetradores (Victoria & Bonilla, 2008). Además de la violencia jurídica representada por algunos funcionarios con cargos públicos, existe una violencia moral y política avalada por una sociedad enajenada y editada con mentiras oficiales. Estos, entre otros, son los problemas con los que se encuentran las sobrevivientes re-victimizadas de la violencia sociopolítica (Amnistía Internacional, 2004).

La violencia política y social que ejercen los grupos armados ilegales y algunos integrantes de las fuerzas militares deja una serie de traumas en la vida a nivel individual y comunitario. En Colombia no hay conciencia de la urgencia de asistir a los sobrevivientes debido a este impacto en su salud mental (Pedersen, 2006). Las reformas legislativas son poco ágiles y los programas de rehabilitación a favor de las víctimas son escasos; además hay una negación de los derechos a la justicia, la verdad y la reparación. Se sigue evidenciando una vaga comprensión de las enfermedades y los síntomas asociados a traumas causados por la violencia sexual. Sobre todo, hay falta de experticia sobre los tipos de intervención adecuados, así como el establecimiento de redes de apoyo (Ariño, 2010). Coyunturalmente hay iniciativas de apoyo a las

víctimas por parte de organizaciones de la sociedad civil, autoridades locales e instituciones de justicia y paz. En lo que respecta a la academia, también se escuchan propuestas. Sin embargo, aún hay escasez de investigaciones que expongan la efectividad de las intervenciones clínicas de tipo psicoterapéutico en sobrevivientes de estas características: abuso sexual en el marco del conflicto sociopolítico colombiano.

Desde un enfoque más amplio, a nivel internacional el ejercicio investigativo ha adelantado diferentes estudios sobre los temas de abuso sexual y sus consecuencias, donde es posible encontrar valiosos aportes (Darves-Bornoz, 1997; Feiring, Taska & Chen, 2002; Manero & Villamil, 2005).

A continuación se aborda el tema del abuso sexual desde dos ópticas de intervención. La primera analiza la asistencia que ofrecen los sistemas de salud pública a las sobrevivientes de violación sexual. La segunda revisa los diferentes modelos de intervención terapéutica (enfoque psicodinámico grupal e individual; enfoque cognitivo-conductual grupal e individual; enfoque psicofarmacológico y otras terapias grupales) que existen para las personas abusadas sexualmente.

Asistencia de los sistemas de salud pública a sobrevivientes de abuso sexual

Los servicios de salud pública son el primer contacto que las sobrevivientes de abuso sexual tienen con una figura de protección o cura. En muchos países de Latinoamérica se ofrecen, dentro de las políticas públicas, servicios especializados para este tipo de víctimas. A continuación se analizan los déficits en el servicio brindado en diferentes países latinoamericanos, y los tipos de atención que deberían recibir las sobrevivientes de abuso sexual, según investigaciones y profesionales encargados de evaluarlos.

Una investigación realizada en un centro de salud de la ciudad de Sao Paulo evidenció que el 5.64% de las mujeres que llegan por violación sexual reciben la primera atención antes de completar las 24 horas

desde el evento. En cuanto al uso de fármacos, un número significativo de mujeres inició la profilaxia para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en la primera cita de atención. Sin embargo, un 40.7% no completó la profilaxis anti-retroviral, lo que señala fallas en la continuidad y el seguimiento de los tratamientos ofrecidos en el centro de salud a las mujeres abusadas, con errores en los registros de información de los relatos de las mujeres (Assis, Palomino & Rosselli, 2009).

En la investigación realizada por Khanna (2008) sobre la violencia ejercida en 350 mujeres en el contexto del conflicto contra los musulmanes en la India, se mencionan relatos de abusos en masa, mutilaciones, introducción de objetos en el cuerpo, corte en los senos, el estómago y órganos reproductivos, además de talle de símbolos religiosos hindúes en partes del cuerpo de la mujer, entre otros.

Según se evidencia en esta investigación, en los campamentos de socorro los servicios existentes no abordaban adecuadamente las necesidades de salud de las sobrevivientes, siendo discriminadas por los médicos (Khanna, 2008). Las manifestaciones discriminatorias se evidenciaban en la complicidad entre los funcionarios de los hospitales y los profesionales de la salud para bloquear el acceso de las víctimas a los servicios de atención. Sumado a esto, algunos testimonios indicaban que muchos trabajadores de salud que sí pretendían ayudarlas ponían en riesgo su integridad física al proveer los servicios de forma individual. Respecto a la documentación médica, había vacíos en cuanto a la evidencia de lo sucedido en las transcripciones de los relatos de las víctimas, lo cual empeoraba la situación, ya que no se reconocía la gravedad del trauma psicológico, dejando de tratarse adecuadamente el Trastorno de Estrés Postraumático generado (Khanna, 2008).

En otra investigación realizada en Brasil con 42 mujeres víctimas de violencia sexual que se propuso avalar el funcionamiento de los servicios públicos que las atendían, se encontró que en la fase de acogimiento a las sobrevivientes había una relación solidaria, respetuosa y acogedora. Sin embargo, se identificó deficiencias respecto a la responsabilidad sanitaria y dificultades en la sensibilización de los profesionales encargados de la atención a las sobrevivientes frente al

tema del abuso sexual y sus derechos sexuales y reproductivos. En esta investigación se evidenció que los médicos que atendían a las mujeres abusadas tenían dificultades para apartarse de sus creencias morales y religiosas, hecho que se evidenciaba al abstenerse de practicar el aborto en las mujeres que habían quedado embarazadas producto de la violación (Menicucci et al., 2005).

Desde 1940 el Código Penal brasileiro establece la interrupción del embarazo en los casos de abuso sexual y en aquellos donde la vida de la madre está en riesgo. Una investigación que evaluó la atención médica ofrecida en Brasil a mujeres abusadas sexualmente, encontró que hasta el año 2007 se habían practicado 1,266 abortos legales, en proporción con 43,227 casos de abuso registrados entre los años 2001 y 2003 (Villela & Lago, 2007). Los resultados de esta investigación corroboraron la falta de garantías en la expansión de los servicios médicos para dicha población. Una de las principales conclusiones era que ni el gobierno ni las organizaciones de mujeres habían logrado una adecuada vinculación de la discusión de la violencia sexual al derecho de aborto de la mujer (Villela & Lago, 2007).

Otro trabajo sobre el funcionamiento de los servicios públicos de atención a mujeres víctimas de violencia sexual en el mismo país, encontró que apenas 11 ciudades de los 6,000 municipios de Brasil ofrecen el servicio de atención a las mujeres sobrevivientes de violación poniendo en práctica la Ley de aborto Legal. De lo anterior, Menicucci et al. (2005) concluyeron que hay poca divulgación de la existencia de los servicios de atención a las mujeres violadas cuando la violación sexual debería ser asumida como un asunto de seguridad pública.

Investigadores y profesionales encargados del trabajo con personas que han sido víctimas de violencia sexual describen en sus publicaciones ciertas actitudes que los terapeutas e instituciones que atienden a estas mujeres deberían asumir.

Las instituciones de salud en su política y práctica deben mostrar la no discriminación hacia las sobrevivientes, reconociendo su papel en la lucha contra la desigualdad de género, la pobreza y la violencia política (Khanna, 2008). También deben ser sensibles a los aspectos de violencia

estructural, articulando el análisis del contexto social con las implicaciones en la salud pública, siendo capaces de identificar y apoyar los casos de violencia sexual, y no solo centrándose en las laceraciones físicas. A las sobrevivientes de abuso sexual, las instituciones deben ofrecer confianza en relación con medidas preventivas, posturas éticas y actitudes humanizadas, como la escucha, el respeto y la solidaridad para llegar a comprender sus demandas y expectativas (Assis et al., 2009).

El Ministerio de Salud de Chile plantea en su guía clínica ciertos pasos a seguir para el trato a las sobrevivientes de violencia sexual. Recomienda que en la exploración clínica se aseguren los derechos, valores, principios religiosos y éticos de las sobrevivientes. Debe también protegerse contra una revictimización, no exigiendo relatos forzados sobre el evento de abuso sexual o evaluaciones físicas innecesarias. El examen clínico es recomendable siempre y cuando sea para generar un diagnóstico que permita un tratamiento adecuado; en este deben consignarse signos, patologías y apreciaciones sobre el estado de salud mental de la persona afectada (Ministerio de Salud de Chile, 2005).

En Colombia, la atención que reciben las sobrevivientes de abuso sexual por parte de las entidades de Salud Pública es inexistente; menos aun hay investigaciones que demuestren la efectividad de los programas públicos de atención a las víctimas del abuso sexual. El Programa de Atención Integral a la Violencia Sexual (AVISE), que pertenece a una entidad privada denominada Profamilia, ofrece únicamente de forma gratuita la orientación y asesoría previas a los servicios. Existe un programa de atención a víctimas de la violencia que depende de la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, pero este programa está orientado mayormente a personas desplazadas del conflicto armado y solo ofrece ayuda coyuntural.

El estado colombiano, a través de la Corte Constitucional (2008), ha reconocido la dimensión y gravedad de la violencia de todo tipo, incluyendo la sexual, a la que están expuestas las mujeres, especialmente aquellas que viven en las zonas donde los actores armados ilegales y el estado se disputan territorios y legitimidad. En razón de ello, el auto 092 del 2008 reconoce que el estado colombiano debe implementar

programas de atención que tiendan a mitigar los factores de riesgo en esta población. Desafortunadamente para las víctimas, las disposiciones legales establecidas en el auto 092 todavía no se han implementado.

Desde la perspectiva de los tratamientos y terapias para estos casos, Kilpatrick, Amstadter, Resnick y Ruggiero (2007) sugieren que, antes de iniciar el tratamiento, las personas deben ser evaluadas con tacto y minuciosidad teniendo cuidado con el uso de los diagnósticos que se hacen.

La intervención terapéutica en sobrevivientes de abuso sexual

Diversos autores han coincidido en señalar que el tratamiento para víctimas de violencia sexual debe hacerse con apoyo de un equipo interdisciplinario (Assis et al., 2009; Bernik, Laranjeiras & Corregiari, 2003; Menicucci et al., 2005). La necesidad de un trabajo combinado para estas personas se hace aún más evidente cuando son diagnosticadas con Trastorno de Estrés Postraumático. El TEPT requiere de tratamientos de alta calidad para ser afrontado, pues la complejidad de sus manifestaciones y la gravedad de su impacto genera fuertes alteraciones en la salud mental de las personas (Vallejo & Terranova, 2009). Se recomienda la combinación de técnicas como la relajación para reducir el nivel de estrés psicofisiológico, la reestructuración cognitiva, la psicoterapia psicodinámica, el uso de psicofármacos, la hipnosis, entre otras. Los autores aconsejan en los casos leves de TEPT el uso de psicoterapia, y en los casos moderados y graves el uso de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico combinados por lo menos durante un período de doce meses, y con un seguimiento posterior (Foa, Davidson & Frances, como se cita en Mingote, Bogoña, Isla, Perris & Nieto, 2001).

Enfoque psicodinámico grupal e individual

Valker y Nash, citados por Mingote et al. (2001), afirman que el psicoanálisis está contraindicado para las personas con TEPT. Sin embargo, estos mismos autores validan las psicoterapias dinámicas derivadas del psicoanálisis y señalan que es fundamental cuidar la alianza

terapéutica con la persona afectada a través de un buen encuadre y la interpretación de las resistencias y la transferencia.

Las etapas del tratamiento psicoterapéutico psicodinámico individual con sobrevivientes de abuso sexual deben estar focalizadas en el alivio de los síntomas y el dolor o sufrimiento personal generado. La flexibilidad terapéutica debe permitir al terapeuta moverse hacia focos de trabajo distintos al del trauma de abuso sexual, optando por un acercamiento más indirecto al mismo que le brinde tiempo al consultante de reelaborar el trauma de acuerdo con su propio proceso. La exploración del trauma debe facilitar la construcción de un relato que permita describir lo ocurrido y contextualizarlo, conectando lo actual con lo ocurrido. La elaboración del trauma debe permitir la construcción de un futuro donde se fomente en el sobreviviente la capacidad de acceder a una resignificación distinta de la historia de sí mismo, con el objeto de disminuir el impacto de la agresión sexual sufrida (Watson, 2007).

Para otros autores, la psicoterapia psicodinámica individual puede ser un tratamiento efectivo para las personas con TEPT, siempre y cuando el terapeuta tenga en cuenta en el proceso las siguientes condiciones: solidez en la alianza terapéutica y dosificación de la interpretación. El analista además debe buscar la elaboración del hecho traumático ayudando a la persona a interpretar sus deseos para que pueda hacerse cargo de ellos, permitiendo la conexión entre las funciones psíquicas disociadas, promocionando el desarrollo de la capacidad analítica, ayudando a la persona a hacer discriminaciones más adecuadas de la realidad, facilitándole la configuración de nuevas relaciones de objeto, permitiéndole autonomía y asertividad, buscando que resuelva el conflicto de agresividad y culpa, interpretando la compulsión a la repetición, haciendo un trabajo continuo con la transferencia y contra-transferencia, y ofreciendo información oportuna, pertinente y veraz sobre las instituciones sociales de justicia, sanidad y asistencia social, entre otras, a las que la sobreviviente puede recurrir (Hembree & Foa, como se cita en Mingote et al., 2001).

Con relación al manejo de la contratransferencia como aspecto fundamental a trabajar en las terapias con enfoque psicodinámico, en una

investigación desarrollada en un hospital de Porto Alegre, Brasil, entre el 2005 y 2006 con cuidadores de 36 personas víctimas de abuso sexual y violencia urbana, donde se utilizó la escritura libre como metodología, se encontró que los terapeutas fueron los primeros en identificar, a través de sí mismos, la rabia, el miedo, la vergüenza y la inseguridad de las personas, ya que estas inicialmente no acostumbran a estar conscientes de sus experiencias afectivas. Los terapeutas hombres tuvieron sentimientos de impotencia, desesperanza y miedo. Hubo predominio de sentimientos de aproximación, comparados con los sentimientos de distanciamiento en todos los terapeutas hacia las personas. Se encontraron respuestas contratransferenciales como interés, empatía y tristeza. Se concluyó que en la contratransferencia las terapeutas mujeres sintieron más empatía con los casos de violación sexual que los terapeutas hombres (Eizirk, Polanczyk, Schestatsky, Jaeger & Freitas, 2007).

Otra investigación con enfoque psicodinámico que trabajó el análisis de cinco casos de psicoterapia grupal heterogénea de mujeres con y sin trauma de abuso sexual, encontró que el tratamiento grupal proporciona un medio apropiado para identificar y corregir el problema de aislamiento y estigmatización; genera un espacio adecuado para reparar vínculos dañados por el trauma; se constituye en una herramienta para reconocer y corregir los desequilibrios que permiten el abuso y las proyecciones que lo fomentan; permite el reconocimiento de culpas y responsabilidades en las situaciones de abuso; y, beneficia tanto a los miembros traumatizados como a aquellos que no padecen el trauma (Nicolas & Forrester, 1999). La psicoterapia interpersonal-psicodinámica ha sido definida por Callahan, Price y Hilsenrothe (2004) como la serie de tratamientos que hacen un énfasis particular en la expresión de afectos y la exploración de patrones de relaciones, sentimientos o ideas en el presente y pasado de la persona, que contribuyen a la etiología y mantenimiento de los conflictos psicológicos. Una investigación desarrollada por estos autores indagó la efectividad de la terapia interpersonal-psicodinámica en personas abusadas sexualmente y concluyó que este tipo de tratamiento reduce la sintomatología e incrementa los aspectos relacionados con el ajuste social y el funcionamiento interpersonal saludable en las personas.

Los tratamientos psicodinámicos con modelos grupales de intervención logran efectos positivos en la salud de mujeres que han experimentado situaciones de abuso sexual. Los factores terapéuticos que operan son la cohesión, la catarsis, el factor existencial y la universalidad, entre otros (Yalom, 1986, 2000). De estos factores, la cohesión es un fenómeno importante que el terapeuta de grupo debe reconocer y fortalecer para el beneficio terapéutico, pues obviarla podría ocasionar que los miembros dejen de expresar y reconocer sus déficits emocionales y psicológicos, convirtiéndose en una forma destructiva de resistencia. El terapeuta debe hacer intervenciones hábiles que evolucionen el tipo de cohesión instalada inicialmente en el grupo, pues una vez la cohesión alcance un nivel maduro, los miembros aprenderán a tolerar el conflicto, a desarrollar intimidad, responsabilidad y una mayor introspección (Robbins, 2003).

Respecto a este tipo de terapias grupales, una de las metas más importantes a lograr es la recuperación de los sentimientos de control y estabilidad que se vieron afectados tras la violación (Van der Kolk, 1987, 2002). Cuando una persona que ha sufrido una situación traumática asiste a una psicoterapia de grupo, es necesario que recupere la *confianza básica* en el otro como ser humano y confíe en un proceso que le permita re-experimentar el sentimiento de seguridad hacia los demás como parte de la reconstrucción de su vida y de la elaboración del hecho traumático (Orengo & Sabbah, 2001). Como bien enfatizan los autores mencionados, el trauma producto de la crueldad humana rompe la confianza que el sujeto tiene en el otro como ser humano.

Este propósito terapéutico se fundamenta en la propuesta de Ericsson (1983) sobre la confianza básica, como un pilar importante del desarrollo de la personalidad, en relación a la sensación de seguridad, de ser cuidado y de relacionarse con otras personas.

En una investigación comparativa entre la psicoterapia analítica de grupo y la psicoterapia sistémica, se asignó al azar 151 mujeres abusadas sexualmente, de las cuales 82 completaron las terapias de grupo. Para la evaluación de la efectividad de cada terapia, se aplicaron cuestionarios antes y después del tratamiento, como el Cuestionario de Personalidad

DIP-Q, el Cuestionario de Abuso Sexual Infantil, el registro de Flashback diseñado para el estudio, la Evaluación Global de Funcionamiento (*Global Assessment of Functioning/GAF*), la lista de chequeo de síntomas (*Symptom Checklist-90-R*), entre otros. Se encontró que aunque ambos tipos de terapia alivian los síntomas del evento traumático, la respuesta al tratamiento sistémico fue dos veces mejor que la de la terapia psicoanalítica en casi todas las medidas. Se resaltó que ambos tipos de terapia tratan de mejorar la calidad de vida, disminuir los síntomas psicopatológicos y mejorar el funcionamiento global (Lau & Kristensen, 2007).

Según Vallejo y Terranova (2009), las psicoterapias de grupo de enfoque psicoanalítico están encaminadas a estabilizar las reacciones psicológicas y físicas que genera el TEPT, a través de la reconstrucción, elaboración y re-significación de la experiencia traumática. Según los autores, el tratamiento se encamina a explorar y validar las percepciones y emociones, buscando traer a la conciencia los recuerdos reprimidos y facilitando en el sujeto la comprensión de la relación existente entre sus fantasías, sus pensamientos, su comportamiento y el trauma. La exploración de las fantasías asociadas a la autculpa y la toma de conciencia de las implicancias del trauma mediante el tratamiento, constituyen elementos importantes dentro del proceso psicoterapéutico que no finalizan con el proceso y deben continuar por el resto de sus vidas.

Terapia con enfoque cognitivo conductual

Las guías de práctica clínica elaboradas por la Sociedad Internacional de Estudios sobre el Estrés Post Traumático han sugerido que la terapia de exposición es un apoyo efectivo para el TEPT, si se trabaja desde un tratamiento cognitivo y con psicoterapia interpersonal (Foa, Keane & Friedman, como se cita en Nemeroff et al., 2006).

En una investigación desarrollada en Río Grande do Sul, Brasil, se evaluó un modelo de grupo de terapia cognitivo conductual para adolescentes sobrevivientes de abuso sexual. Participaron 10 chicas entre los 9 y 13 años, y se utilizaron instrumentos como el *Children's Attributions and Perceptions Scale*, el Inventario de Depresión Infantil

(CDI), la Escala de Estrés Infantil (EIF), el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDATE-C), entre otros. Se encontró que los síntomas de estrés postraumático se redujeron de forma significativa en las categorías revivencia del trauma, evitación y excitación aumentada. De las 7 participantes de la muestra que presentaban TEPT, cinco fueron curadas y dos continuaron con síntomas del trastorno. Los investigadores concluyeron que el grupo de terapia cognitivo-conductual logra cambios positivos a nivel cualitativo en la sintomatología, y permite modificar creencias respecto a la experiencia de abuso, ya que se enfoca en la reestructuración de la memoria traumática y la reducción de síntomas de ansiedad y depresión, mediante técnicas cognitivas y comportamentales (Habigzang, Hatzengerger, Dala, Stroehrer & Koller, 2008).

En otro estudio con 40 niños y adolescentes entre los 9 y 16 años abusados sexualmente, de la región metropolitana de Porto Alegre, se evaluó el modelo de grupo de terapia cognitivo comportamental. Se realizaron 16 sesiones semiestructuradas y se utilizó como instrumentos la entrevista semiestructurada, la *Children's Attributions and Perceptions Scale*, el Inventario de Depresión Infantil (CDI), la Escala de Estrés Infantil (ESI), el Inventario de Rasgos de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños (IDATE-C), y la entrevista para evaluar síntomas de estrés postraumático. Los síntomas de depresión y ansiedad presentaron reducción significativa, los síntomas de estrés infantil mostraron reducción en las subescalas de síntomas físicos, psicológicos, depresivos y psicofisiológicos. Respecto a las distorsiones cognitivas sobre el episodio de abuso se dieron modificaciones por medio de técnicas de reestructuración cognitiva. En conclusión la terapia grupal contribuyó con cambios positivos a nivel de la percepción de culpa, confianza y relación con pares, y hubo reducciones significativas en los síntomas del TEPT, sobre todo en revivencia del trauma, evitación e hipervigilancia (Habigzang et al., 2009).

En otra investigación realizada en Sao Paulo sobre el impacto de una intervención cognitivo comportamental en una adolescente de 13 años víctima de abuso sexual, se realizaron 45 sesiones distribuidas entre la

evaluación inicial, la intervención, la evaluación final y el seguimiento. Se utilizaron la entrevista semiestructurada con criterios diagnósticos del DSM-IV, el Inventario de Depresión para Niños (CDI), técnicas cognitivo-comportamentales y orientaciones. Entre los logros de la terapia hubo reducción de los síntomas de depresión identificados en el CDI y adquisición de un nuevo repertorio cognitivo y comportamental formado por estrategias de enfrentamiento más adecuadas para lidiar con situaciones activadoras de creencias disfuncionales. El modelo terapéutico ayudó a la persona a comprender mejor su funcionamiento psicológico y a desarrollar un nuevo repertorio cognitivo y conductual (Lucaina, Valeiro, Barison & Santos, 2009).

Un grupo de investigadores se propuso una revisión sistemática para verificar la eficacia de la terapia cognitivo-comportamental para tratar síntomas de TEPT en niños y adolescentes abusados sexualmente. Para ello rastrearon personas desde 1980 hasta 2006 de diferentes bases de datos (Pasarela, Méndez & Mari, 2010). Uno de los estudios más sobresalientes fue un tratamiento comúnmente utilizado por centros que atienden abuso sexual infantil que consiste en establecer una relación terapéutica de confianza, incitando a padres y niños a dirigir el contenido y la estructura de su propio tratamiento, y a la validación de sus experiencias. El tratamiento fue llamado Grupo de Terapia Centrada en el Niño y tuvo una duración de 12 semanas, mostrando ser efectivo en niños con TEPT (Pasarela et al., 2010). Otro estudio comparaba la eficacia de la Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) enfocada en el trauma y la Terapia Centrada en el Niño (CCT) en 229 participantes. De estos, 158 presentaban síntomas de TEPT, siendo 75 del grupo de TCC y 83 del grupo de CCT. Los hallazgos demostraron que en el grupo de TCC el 25.33% de los síntomas se mantuvieron, en contraste con el grupo de CCT donde se mantuvieron el 50.60% de síntomas. Es decir, la mejoría de los síntomas de TEPT en el grupo de TCC fue superior al grupo de CCT, sobre todo en evitación, hipervigilancia y reexperimentación (Pasarela et al., 2010).

Terapia farmacológica

Se ha demostrado que después de un trauma significativo se dan cambios en la neurobiología del cerebro que justifican las intervenciones psicofarmacológicas (Bernik et al., 2003). Las medicaciones farmacológicas han permitido la regulación de las respuestas al estrés, la resolución de la respuesta traumática en combinación con la psicoterapia y el control de síntomas de ansiedad generalizada, entre otras ventajas. Diversos autores coinciden en que siempre que se utilice la farmacoterapia, se debe hacer un acompañamiento complementario psicosocial (Bernik et al., 2003).

Para el tratamiento farmacológico con personas con TEPT se encontraron recomendaciones de los siguientes medicamentos: anti-depresivos tricíclicos (ADT) o inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAOs) y ADT para los síntomas de reexperimentación después de 8 semanas de tratamiento; amitriptilina y ISRS para los síntomas de embotamiento, evitación, hostilidad, impulsividad, ideas suicidas, conductas adictivas, ansiedad y depresión; litio para los síntomas de hiperactivación fisiológica; benzodiacepinas, durante un tiempo corto, para los síntomas de ansiedad, insomnio y pesadillas; imipramina y fenelzina para las intrusiones; y, buspirona, fluvoxamina, trazodona, nefazodona, zolpidem y alprozolan para las alteraciones del sueño. Se aclara que el efecto limitado de los distintos tratamientos se asocia positivamente con la duración del trastorno (Mingote et al., 2001).

La mayoría de investigaciones concluyen que la depresión y el TEPT son comórbidos, y muchas indican que los antidepresivos son efectivos para ambas condiciones (Mingote et al., 2001). De estos, los tricíclicos, la desipramina, la imipramina, y la amitriptilina fueron estudiados en tres experimentos controlados con placebo en veteranos de guerra con TEPT. Analizados con diseño transversal en 18 sujetos en un período de 4 semanas, la desipramina no mostró diferencias en el grupo placebo. El resultado negativo pudo deberse al pequeño esfuerzo estadístico de la muestra y a las dosis relativamente bajas (Bernik et al., 2003).

De los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina, la fluoxetina fue comparada con placebo en personas con TEPT en dos grupos de veteranos y no veteranos de la guerra. Se observó una mejor respuesta en los no veteranos, en contraste con el grupo de veteranos de guerra. La fluoxetina se mostró superior al placebo a partir de la quinta semana entre los no veteranos, sobre todo en síntomas como hipervigilancia y anestesia afectiva (Van der Kolk, Dreyfuss, Michaels, Shera & Berkowitz, como se cita en Bernik et al., 2003).

La setralina fue comparada con el placebo en un estudio que duró 12 semanas, con 187 personas con TEPT. Este fármaco se mostró superior al placebo en una amplia gama de medidas de eficacia. Davidson, Landerman, Fardel y Clary, como se cita en Bernik et al. (2003), encontraron altos alcances de este fármaco en la acción contra los síntomas de TEPT, con efectos precoces en los síntomas emocionales, con modulación de rabia y tristeza.

Finalmente de los datos encontrados se tiene que la carbamazepina fue estudiada con veteranos de guerra con TEPT y abuso de sustancias, y los resultados mostraron una mejoría en síntomas intrusivos y agitación psicomotora. También se encontró que el ácido valproico tiene un impacto directo en el síntoma de hipervigilancia y que la lamotrigina contribuye especialmente en la reexperimentación y la evitación (Bernik et al., 2003).

Terapia a través de grupos focales

Una investigación a través de grupos focales comparó a mujeres que fueron violadas en la infancia y que, además de haber desarrollado TEPT, presentaban personalidad límite, con otras que no presentaban este último diagnóstico. Se concluyó que hubo una mejoría significativa en las mujeres del primer grupo en los síntomas del trastorno de estrés posttraumático. Se encontraron cambios significativos en variables como ansiedad, depresión, problemas interpersonales e índices de agresividad después de haber recibido el tratamiento (Cloitre & Koenen, 2001).

Otra investigación con niñas adolescentes víctimas de abuso sexual que asistían a grupos focales de temas estructurados y diseñados para evocar material inconsciente, encontró mejorías en los síntomas del TEPT, en el manejo de las crisis en el grupo y en las habilidades de las participantes para tolerar el tema. Gracias a la terapia, las adolescentes dejaron de ver el hecho traumático en sí mismo, y empezaron a escuchar y comprender por primera vez la situación en su total magnitud (Heiman & Ettin, 2001).

Un estudio con grupos focales para mujeres abusadas utilizó técnicas de programación neurolingüística en la narración de las experiencias vividas para mejorar la autoestima. Los temas que más trabajaron estas mujeres fueron la repugnancia, el miedo, el fruto de la violación, la violación en el hogar, la culpa, la imagen, el miedo a la muerte, el placer de la venganza, entre otros. Estos investigadores concluyeron que, aunque el trauma no es sanado del todo, ocurre una transformación gracias al soporte y el apoyo, y los talleres fueron una oportunidad para reflexionar, cambiar actitudes e identificar nuevas soluciones (Carneiro & Teodoro, 2006).

Otras terapias grupales

A continuación se expone un grupo de terapias grupales que incluyen grupos de terapias familiares, grupos de programación neurolingüística, grupos de terapia de escritura, grupos alternativos con enfoque de género y grupos psicoeducativos, implementados en personas víctimas de abuso que presentan TEPT.

Un estudio realizado entre mayo del 2005 y abril del 2006 tuvo por objetivo identificar procesos que ayudaran a mujeres abusadas sexualmente en la infancia a atenuar y evitar los efectos negativos de esa experiencia en la vida adulta. Se utilizó como método el estudio de caso de una mujer de 36 años y otra de 40, cuyos datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas. La investigación encontró que la red de soporte social, es decir, los recursos formales como la familia y el Estado, e informales como personas de la comunidad, ayuda en

el soporte y en el enfrentamiento de la experiencia de abuso sexual (Hendler & Santos do Silva, 2006).

Las diferentes investigaciones en estrés postraumático y terapia grupal mencionan a esta última adecuada y efectiva para sujetos que han vivenciado hechos traumáticos (Botero, 2005; Kanas, 2005; Vallejo & Terranova, 2009). El trabajo con la pareja y los familiares de los sobrevivientes ha funcionado desde abordajes grupales, en vista de que ellos también son afectados negativamente, dado el deterioro en el funcionamiento interpersonal del sobreviviente (Mingote et al., 2001).

Una investigación que describió el proceso que afronta una mujer sobreviviente de violación, habla de la importancia de la reconstrucción de la identidad sexual. La investigación trabajó con un estudio de caso del Hospital Francisco Muñiz, donde funciona un grupo en profilaxis post exposición no ocupacional al VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Los investigadores concluyeron que no basta con atender las lesiones físicas, sino que debe hacerse también un abordaje desde la atención psicológica que permita buscar alternativas para que la mujer reconstruya su identidad, su dignidad y le permita valorarse nuevamente. Los investigadores recomendaron trabajar la relación de pareja como parte del proceso de recuperación, para que la víctima no sea juzgada también por esta (Cortejarena, 2004).

Otra investigación se enfocó en un grupo terapéutico dirigido a 29 mujeres con hijos abusados sexualmente y que han consumido drogas. Este grupo estuvo subdividido en siete grupos intervenidos durante 12 semanas con técnicas educativas, de discusión, juego de roles, grupo de intercambio, retroalimentación y biblioterapia. Los resultados mostraron un incremento del pre-test al post-test en variables como autoestima y actitudes hacia los hijos. La satisfacción parental incrementó y la mayoría de mujeres se mostraron satisfechas con la intervención grupal. En las conclusiones se resaltó que la psicoterapia grupal de tiempo limitado puede ser efectiva para mejorar la experiencia de crianza de madres de niños abusados sexualmente (Richert & Hiebert-Murphy, 2000).

Las investigaciones que han utilizado terapia de soporte en combinación con terapia enfocada en el trauma para ayudar a mujeres

abusadas sexualmente, han encontrado entre los logros la reducción del aislamiento, la disociación, los pensamientos intrusivos y la autculpa; el aumento en las habilidades sociales, la autoconfianza y la confianza en otros; una mejor capacidad para reconocer en ellos mismos los síntomas comunes; la integración de sentimientos con el evento traumático, entre otros (Vandensen & Carr, 2003).

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

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

Otro estudio se enfocó en talleres dirigidos a mujeres que fueron violadas y a profesionales de la salud que asistían a las sobrevivientes en la Casa de Apoyo a la Mujer Profesor Dr. Domingos Deláscio de la Universidad Federal de Sao Pablo, Brasil. Se encontró que los ejercicios basados en la Programación Neurolingüística ayudaron a las participantes a hablar de las situaciones preocupantes, y que la comprensión, aceptación y apoyo por parte de novios, esposos, padres y el resto de la

familia hizo que fuera más sencillo recuperar su vida y reconstruir su autoestima (Vianna, Bomfim & Chicone, 2006).

Otra investigación, esta vez sobre el uso de la hipnosis en el tratamiento de los trastornos postraumáticos, concluyó que las personas con este diagnóstico tienen una mayor respuesta a la sugestión, lo cual permite que las técnicas hipnóticas funcionen mejor, siendo más factible inducir experiencias disociativas en forma controlada y estructurada. En estos casos hay un beneficio en términos de la reexperimentación del trauma, para nuevas interacciones adaptativas con el mismo. En general, se concluyó que la hipnosis puede incrementar la eficacia de otras terapias con las que se integre (Cardena, Maldonado, Galdon & Spiegel, 1999).

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

Finalmente, existen nuevas propuestas de tratamiento que parten del enfoque de los derechos humanos y tienen perspectiva de género. La terapia de sobrevivencia propuesta por Walker (1995) es una de ellas, y se basa en la teoría del trauma y la teoría feminista. Sus principales postulados se asocian con el enfoque en las fuerzas antes que en las debilidades de las mujeres, la auto-revelación, el poder compartido, la aproximación holística y la salud mental positiva.

Discusión

Diferentes investigaciones demuestran que la ausencia de intervención terapéutica temprana en personas abusadas sexualmente con TEPT puede incrementar los efectos negativos del evento (Lanktree & Briere, como se cita en Habigzang et al., 2008; Vallejo & Terranova, 2009).

Los estudios muestran que el pasar del tiempo no alivia los síntomas en sobrevivientes de traumas por abuso, sino se requieren con urgencia tratamientos psicológicos que contribuyan a su mejoría (Habigzang et al., 2009). Cuanto menor sea el tiempo transcurrido entre el evento de abuso sexual y el inicio de la terapia, mejores serán los resultados de los tratamientos en síntomas como la depresión, la rabia, la disociación y el aislamiento; por el contrario, las personas que pasan mayor tiempo sin ser intervenidos presentan una sintomatología mayor.

El abuso sexual debe ser asumido por los servicios de sanidad de los estados como un asunto de seguridad pública, más aun en países donde la violencia de género y la violencia sociopolítica son pan de cada día. Los datos encontrados en la revisión del estado del arte de tratamientos y servicios a sobrevivientes de violencia sexual indican deficiencias en la atención a estas personas en países en vías de desarrollo (Brasil, Chile, Colombia, India).

Se hace necesario ofrecer una buena atención primaria en salud en los centros de servicios y las áreas de urgencias, ya que ella constituye el puente de acceso y adhesión a tratamientos de mayor seguimiento y continuidad. La víctima requiere de apoyo profesional que la guíe en los procesos. Las fallas en este apoyo generan baja adhesión a los tratamientos terapéuticos y farmacológicos en los centros de salud, lo que no facilita la elaboración del trauma, tema que aparece reiteradamente en la bibliografía (Freire, Guimares, Ribeiro & Macedo, 2007).

En muchos casos el primer acercamiento y la calidad de la atención primaria en los centros de salud determinan el futuro de la salud de las sobrevivientes, pero todavía existen barreras ideológicas y actitudinales (Khanna, 2008). Los errores por parte de los profesionales que brindan la atención abarcan desde la tramitación de los casos hasta la falta de reconocimiento del estado emocional de las personas afectadas.

La discriminación, la culpabilización de la víctima, el desconocimiento de las consecuencias que deja el hecho traumático, los vínculos terapéuticos negativos, entre muchos más factores, pueden hacer que el sobreviviente pierda la posibilidad de acceder a intervenciones que

podrían disminuir las consecuencias físicas y/o psicológicas, y podrían prevenir que el trauma se perpetúe y la violencia continúe.

Los aportes investigativos internacionales han abierto camino respecto a propuestas de tratamientos e intervenciones en personas con esta problemática. Partiendo de un enfoque multidisciplinar, los tratamientos más exitosos combinan diferentes técnicas y modalidades terapéuticas. Las investigaciones demuestran que la combinación de tratamientos terapéuticos y farmacológicos en casos graves de abuso sexual asociado a TEPT es indispensable.

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

En Colombia ocurre una grave violación de los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario, por parte de actores armados ilegales y algunos integrantes del Estado que se han involucrado en actos de atrocidad contra las mujeres. En un contexto como este es deseable, por el bien de las víctimas, una coordinación intersectorial entre la ley, las ciencias médicas y forenses, la academia y el sistema de justicia.

El estado colombiano, a través de la Corte Constitucional (2008) en el auto 092, establece como obligación del gobierno dar medidas de protección, y recomienda se implementen programas específicos que colmen los vacíos existentes en la política pública para la atención del desplazamiento forzado y el riesgo que corren las mujeres en medio del conflicto armado. Siendo necesario que el estado reconozca la gravedad del abuso sexual en las mujeres colombianas a raíz del conflicto interno, los programas recomendados son letrados a la hora de crearse e implementarse proyectos profilácticos y terapéuticos que benefician a las víctimas.

Referencias

- Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional. (2011). *Sistema de información para la población desplazada*. Recuperado de <http://www.accionsocial.gov.co/EstadisticasDesplazados/GeneralesPD.aspx>
- Amnistía Internacional. (2004). *Colombia: cuerpos marcados, crímenes silenciados*. Madrid: EDAI.
- Ariño, M. (2010). *Quaderns de construcció de pau*. Barcelona: Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament.
- Assis, C., Palomino, V. & Rosselli, M. (2009). Mulheres vitimadas sexualmente - perfil sociodemográfico e análise do atentimento em um entro de referencia. *Ciencia & Saúde*, 27(1), 22-27.
- Bernik, M., Laranjeiras, M. & Corregiari, F. (2003). Tratamiento farmacológico do trastorno de estresse pos-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 46-50.
- Botero, C. (2005). Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para el trastorno por estrés postraumático en excombatientes colombianos. *Universitas Psychologica*, 4(2), 205-220.
- Callahan, K., Price, J. & Hilsenrothe, M. (2004). A review of interpersonal-psychodynamic group psychotherapy outcomes for adult survivors of childhood sexual abuse. *International Journal of Group Psychotherapy*, 54(4), 491-519.
- Cardena, E., Maldonado, J., Galdon, M. & Spiegel, D. (1999). La hipnosis y los trastornos posttraumáticos. *Anales de Psicología*, 15, 147-155.
- Carneiro, A. & Teodoro, G. (2006). Autoestima en mujeres violadas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5), 695-701.
- Claramunt, M. (2002). *Abuso sexual en mujeres y adolescentes*. San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujeres, Salud y Desarrollo.
- Cloitre, M. & Koenen, K. (2001). The impact of Borderline Personality Disorder on process group outcome among women with

- Posttraumatic Stress Disorder related to childhood abuse. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(3), 379-398.
- Corte Constitucional (República de Colombia). (2008). *Auto 092*. Recuperado de <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/6321.pdf>
- Cortejarena, A. (2004). Mujeres violadas: reencuentro sexual con la pareja. *Sexualidad Humana*, 18(1), 7-12.
- Darves-Bornoz, J. (1997). Rape-related psychotraumatic syndromes. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 71, 59-65.
- Echeverri, J. (2002). *La violencia sexual como arma de guerra frente al Derecho Internacional Humanitario* (Tesis inédita). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Eizirk, M., Polanczyk, G., Schestatsky, S., Jaeger, M. & Freitas, L. (2007). Contratransferencia no atendimento inicial de vitimas de violencia sexual e urbana: una pesquisa qualitativa/quantitativa. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(2), 197-204.
- Ericsson, E. (1983). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Horme Paidós.
- Feiring, C., Taska, L. & Chen, K. (2002). Trying to understand why horrible things happen: Attribution, shame, and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreatment*, 7(25), 25-39.
- Freire, M., Guimares, L., Ribeiro, C. & Macedo, V. (2007). Mulheres vitimas de vilolencia sexual: Adesao a quimioprofilaxia do HIV. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(1), 1-7.
- Gonzales, C., Ramos, L., Vignau, L. & Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida en adolescentes. *Salud Mental*, 24(6), 16-25.
- González, J. (1999). *Psicoterapia de grupos: teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas*. México D. F.: Manual Moderno.
- Habigzang, L., Hatzengerger, R., Dala, F., Stroher, F. & Koller, S. (2008). Avaliacao de um modelo de intervencao psicológica para meninas vitimas de abuso sexual. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 24(1), 67-76.
- Habigzang, L., Stroelor, F., Hatzenberg, R., Cunha, R., Ramos, M. & Koller, S. (2009). Grupoterapia comportamental para crianças

- adolescentes vitimas de abuso sexual. *Revista de Saúde Pública*, 43, 70-78.
- Heiman, M. & Ertin, M. (2001). Harnessing the power of the group for latency-aged sexual abuse victims. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(2), 265-282.
- Hendler, R. & Santos do Silva, M. (2006). Processos que sustentam o enfrentamento da experiencia de abuso sexual na infancia: um estudo de caso. *Maringá*, 5(3), 380-388.
- Kanas, N. (2005). Group therapy for patients with chronic trauma-related stress disorders. *International Journal of Group Psychotherapy*, 55, 161-165.
- Khanna, R. (2008). Communal violence in Gujarat India: Impact of sexual violence and responsibilities of the health care system. *Reproductive Health Matters*, 16(31), 142-152.
- Kilpatrick, D., Amstadter, A., Resnick, H. & Ruggiero, K. (2007). Rape-related PTSD: Issues and interventions. *Psychiatric Times*, 24(7), 50-64.
- Koopman, Ch., Ismailji, T., Holmes, D., Classen, C., Palesh & Wales, T. (2005). The effects of expressive writing on pain, depression and posttraumatic stress disorder symptoms in survivors of intimate partner violence. *Journal of Health Psychology*, 10(2), 211-221.
- Lau, M. & Kristensen, E. (2007). Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: A randomized controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 96-104.
- Lucaina, E., Valeiro, N., Barison, S. & Santos, M. (2009). Intervencao cognitivo comportamental en violencia sexual: estudo do caso. *Psicología en Estudio*, 14(4), 817-826.
- Manero, R. & Villamil, R. (2005). El síndrome de estrés postraumático y las víctimas de violación. *Psicología y Salud*, 13(1).
- Menicucci, E., Machin, R., Aibal Valverde, A., Kossel, K., Morelli, K., Fernandez, L. et al. (2005). Atendimento as mulheres vitimas de violencia sexual: um estudo qualitativo. *Saúde Pública*, 39, 376-382.

- Mingote, J., Bogoña, M., Isla, I., Perris, A. & Nieto, I. (2001). Tratamiento integrado del TEPT. *Aperturas Psicoanalíticas*, 8, 1-36.
- Ministerio de Salud de Chile. (2005). Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 70(1), 49-65.
- Nemeroff, Ch., Douglas, J., Foa, E., Mayberg, H., North, C. & Stein, M. (2006). PTSD: A state of the science review. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 1-21.
- Nicolas, M. & Forrester, A. (1999). Advantages of heterogeneous therapy groups in the psychotherapy of the traumatically abused: Treating the problem as well as the person. *International Journal of Group Psychotherapy*, 49(3), 323-342.
- Orengo, F. & Sabbah, D. (2001). Trastorno de Estrés Postraumático: entrevista a Chaim F. Shatan. *Aperturas Psicoanalíticas*. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000184&ca=Trastorno-de-estres-postraumatico-entrevistacon-Chaim-F-Shatan>
- Pasarella, C., Méndez, D. & Mari, J. (2010). Revisao sistematica para estudar a eficacia da terapia cognitivo comportamental para crianzas e adolescentes abusadas sexualmente con trastorno de estresse post-traumatico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(2), 60-65.
- Pedersen, D. (2006). Reframing political violence and mental health outcome: Outlining a research and action agenda for Latin America and the Caribbean region. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2, 293-302.
- Richert, M. & Hiebert-Murphy, D. (2000). A parenting group for women dealing with child sexual abuse and substance abuse. *International Journal of Group Psychotherapy*, 50(3), 397-405.
- Robbins, R. (2003). Developing cohesion in court-mandated group treatment of male spouse abusers. *International Journal of Group Psychotherapy*, 53(3), 261-284.
- Saldanha, M. & Cunha, P. (2004). Descricao de un proceso terapéutico en grupo para adolescentes vitimas de abuso sexual. *Estudios de Psicología*, 9(1), 53-61.

- Sánchez, O. (2010). *¿Será que a las mujeres nos matan porque nos aman? Femicidios en Colombia 2002-2009*. Bogotá: G2.
- Vallejo, Á. & Terranova, L. (2009). Estrés postraumático y psicoterapia de grupo en militares. *Terapia Psicológica*, 27(1), 103-112.
- Vandensen, M. & Carr, J. (2003). Recovery from sexual assault: An innovative two group therapy model. *International Journal of Group Psychotherapy*, 53(2), 201-223.
- Van der Kolk, B. (1987). *Terapia de grupo en los trastornos por estrés postraumático*. Madrid: Médica Panamericana.
- Van der Kolk, B. (2002). Group psychotherapy for psychological trauma. *International Journal of Group Psychotherapy*. Recuperado de <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=112749374&sid=8&Fmt=3&clientId=53504&RQT=309&VName=PQD>
- Vianna, L., Bomfim, G. & Chicone, G. (2006). Self-esteem of raped women. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5), 695-701.
- Victoria, M. & Bonilla, N. (2008). Imaginarios y marcos valorativos de funcionarios de justicia sobre víctimas de violación sexual en Cali. *Pensamiento Psicológico*, 4(11), 45-63.
- Villela, W. & Lago, T. (2007). Conquistas y desafíos en el atendimento das mulheres que sofreram violencia sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4), 471-475.
- Walker, L. (1995). *Abused women and survivor therapy*. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Watson, F. (2007). Agresión sexual en la infancia y viaje al futuro. *Terapia Psicológica*, 25, 189-198.
- Yalom, I. (1986). *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós.

Recibido: 20 de marzo, 2011

Aceptado: 30 de setiembre, 2011