

Tratamientos psicoterapéuticos brindados a víctimas de violencia sexual en Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires¹

Ana Palazzesi*

Resumen

A pesar de que los esfuerzos de prevención destinados a eliminar la ocurrencia de la violencia sexual son claramente necesarios, también es importante considerar cómo podemos prevenir futuros traumas entre las mujeres que ya son víctimas. Las consecuencias negativas para las víctimas de las violaciones se producen no sólo por efecto del episodio en sí mismo, sino también a causa de la respuesta desfavorable del entorno. Este trabajo informa los resultados de una investigación que buscó describir y analizar los tratamientos psicoterapéuticos brindados a víctimas de violencia sexual en Hospitales Públicos de referencia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para ello, se realizó un estudio descriptivo con utilización de técnicas cualitativas. Se efectuaron entrevistas semiestructuradas a psicólogas integrantes de los Comités de Violencia Sexual de los Hospitales Públicos. Los resultados son relevantes en la medida en que se realiza una descripción del nivel de sensibilidad que poseen los/as psicólogos/as hacia el tema de la violencia sexual, para poder generar políticas que permitan mejorar la atención de dichas víctimas con el fin de evitar su revictimización.

Palabras clave: Representación Social - Violencia Sexual - Tratamiento Psicoterapéutico - Salud Pública

Psychoterapeutic treatments given to victims of sexual violence in public hospitals of the city of Buenos Aires

Abstract

Although prevention efforts to eliminate the occurrence of sexual violence are clearly necessary, it is also important to consider how we can prevent further trauma among women who are already victims. The negative consequences for victims of violations occur not only as a result of the episode itself, but also because of the poor response of the environment. This paper describes and analyzes the psychotherapeutic treatment provided to victims of sexual violence in Reference Public Hospitals in Buenos Aires. To do this, a descriptive study was conducted using qualitative techniques. Psychologists who are members of the Committees of Sexual Violence Public Hospitals were interviewed. Results describe the level of sensitivity to the issue of sexual violence held by psychologists. They can be useful to generate policies to improve care for victims of sexual violence to avoid their double victimization.

Keywords: Social Representation - Sexual Violence - Psychotherapy - Public Health

Introducción

La violencia contra las mujeres constituye tanto una violación a los derechos humanos de las mujeres como un grave problema de salud pública. A pesar de que los esfuerzos de prevención destinados a eliminar la ocurrencia de la violencia sexual son claramente necesarios, también es importante considerar cómo podemos prevenir futuros traumas entre las mujeres que ya son víctimas.

Las consecuencias negativas de las violaciones se producen no solo por efecto del episodio en sí mismo, sino también a causa de la respuesta desfavorable del entorno. Las investigaciones sugieren que el personal del sistema de salud puede hacer sentir culpables a las víctimas de violación -victimización secundaria o la segunda violación- (Campbell, 1999). La victimización secundaria refiere a los comportamientos y las actitudes de los profesionales del sistema de salud, los cuales consisten en culpabilizar a la víctima y brindarle un trato insensible.

Es necesario desarrollar mecanismos que mejoren las respuestas a esta problemática por parte de los efectores de los sistemas de salud, propiciándose cambios en las estructuras institucionales, en los patrones individuales de atención y en el entrenamiento de los agentes de salud, desde un enfoque interdisciplinario con una perspectiva de género (Jaramillo & Uribe, 2001).

Para avanzar en esta dirección resulta relevante conocer cuál es la situación actual en términos de los conocimientos y las representaciones que tienen los/as psicólogos/as sobre la problemática de la violencia hacia la mujer. Estas creencias, actitudes y valores juegan un papel fundamental en la detección y la atención de las víctimas de violencia sexual. De allí que resulte especialmente relevante profundizar en las representaciones sociales de los actores involucrados en la atención de esta problemática, a los efectos de orientar campañas de prevención y sensibilización. Así como también promover acciones específicas de capacitación

1. Esta investigación fue realizada con el apoyo de una Beca "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia", categoría iniciación, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Comisión Nacional Salud Investiga. La presente contribución representa una parte de mi tesis de doctorado.

* Universidad Nacional de Buenos Aires. E-mail: anapal@flasco.org.ar

y entrenamiento a los profesionales de la salud que brindan atención a víctimas de violencia sexual.

Moscovici (1981) define a las representaciones sociales como:

Conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interindividuales. Equivalen en nuestra sociedad, a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales, puede incluso, afirmarse que son la versión contemporánea del sentido común. (p. 181).

La finalidad de las representaciones sociales es transformar en familiar lo desconocido. Este principio de carácter motivacional es universal en las representaciones sociales.

Rol del Psicólogo/a en el equipo de salud

El abordaje psicológico a una víctima de violencia sexual incluye la contención inicial, evaluación de riesgos, e interconsulta psiquiátrica si se considera necesario. En las semanas siguientes se debe planificar un tratamiento breve y focalizado (6-8 entrevistas), destinado a elaborar síntomas post traumáticos y reorganizar la vida cotidiana, dejando abierta la posibilidad de prolongarlo si la situación lo requiere, por derivación intra o extra hospitalaria. También se debe tener en cuenta la atención a familiares y allegados de las víctimas (Ministerio de Salud de la Nación, 2011).

Al accionar específico del psicólogo en el Equipo de Salud -de los casos que ocurren en la vía pública y quienes generalmente son abusadas por desconocidos- se suma el acompañamiento psicológico en la prevención de posibles secuelas como pueden ser infección por VIH/SIDA, embarazo no deseado, conflictiva familiar y/o de pareja.

Es importante también poder acompañar durante la ejecución de tratamientos antirretrovirales para prevenir el VIH/SIDA, los cuales son complejos y muchas veces la persona, aún bajo el efecto del hecho violento, tiene que sumar a su angustia la posibilidad de haber contraído el virus. Algunas de las víctimas vivencian tomar esta medicación en forma preventiva como si ya estuvieran infectadas. Se debe trabajar en la desmitificación de estas fantasías para que la persona pueda efectuar el tratamiento y no abandonarlo. Existen momentos de suma angustia también en la espera de resultados de estos análisis, y de la próxima menstruación (aún por largos meses) como si un embarazo resultara el peor de los "castigos" por no haber podido evitar la violación.

No es recomendable que el tratamiento psicológico lo brinde un hombre en una primera instancia, ya que las víctimas han sido atacadas por un hombre y la sola presencia de uno les genera mucho estrés. Ante esta situación es primordial que sea una mujer la profesional que la asista.

Enfoques terapéuticos para víctimas de violencia sexual

Antes de pasar a describir las distintas técnicas terapéuticas específicas es conveniente revisar qué se entiende por psicoterapia. En general, la psicoterapia está conceptualizada como un trabajo personal para llevar a cabo un proceso de cambio, en el que la persona que padece es acompañada y guiada por otra formada profesionalmente a tal efecto (Bosch, Ferrer, & Alzamora, 2006). Una psicoterapia, continuando explicando las autoras, es un trabajo de esclarecimiento, de reconstrucción de una biografía que se ha visto en crisis por motivos inesperados y profundamente dolorosos; pero también es un proceso teñido de solidaridad, es iniciar un camino en el que el sentirse acompañada y entendida es la base fundamental y el mejor factor de buen pronóstico. Refiere a la aplicación metódica de técnicas y procedimientos psicológicos en el tratamiento de los problemas de conducta, de los trastornos mentales o el sufrimiento humano (Tizón, 1992), quedando así el término restringido a aquellas formas de tratamiento que necesariamente contemplan el procedimiento psicológico metódico y el objetivo de cambio, a efectos de intervenir sobre el dolor psíquico.

Los rígidos modelos teóricos han dado paso, actualmente, a las terapias integradoras que dirimen las diferencias y facilitan la comunicación y el respeto entre los/as profesionales, la elección psicoterapéutica más adecuada en cada ocasión y la accesibilidad al tratamiento (Bosch et al. 2006).

Las mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual pueden experimentar un variado conjunto de consecuencias en la dimensión psicológica, espiritual y física. Ellas no son enfermas mentales y requieren, por lo tanto, de modelos de intervención que den cuenta de los efectos de la violencia en sus vidas bajo un enfoque no psicopatológico (Claramunt, 2000). Los modelos psicoterapéuticos tradicionales han ubicado generalmente el problema en las características de quienes experimentan la violencia, y no en el hecho social: estas mujeres son víctimas ya que por su condición de género, sus derechos humanos han sido quebrantados (Claramunt, 2000). Es por esto que los conceptos y herramientas psicológicas tradicionales son inapropiados.

La perspectiva de género representa un aporte fundamental dentro del encuentro psicoterapéutico, ya que, tanto la mujer afectada como la persona que lleva a cabo la intervención, están inmersas en un contexto sociocultural que sostiene ideas prejuiciosas -explícita e implícitamente- en relación con las víctimas de violaciones. Creencias y prejuicios, largamente acuñados por la cultura patriarcal, las convierten en sospechosas, y les atribuyen comportamientos totalmente pasivos, sin advertir las estrategias de supervivencia y de resistencia que suelen poner en juego en una correlación de fuerzas adversa; silenciando o desmintiendo el relato de sus experiencias. Es por esto que el encuentro psicoterapéutico es un espacio privilegiado para que puedan enunciarse, escucharse y circular palabras que

cuestionen los discursos de culpabilización y estigmatización.

En relación con los objetivos de la intervención psicológica, los saberes teórico-clínicos y la perspectiva de género se articulan en las propuestas de diversos grupos. Algunos de los más importantes son:

- Identificar y atender los puntos más urgentes.
- Evaluar riesgos y asegurar contactos con redes de protección y apoyo.
- Dar cabida a la expresión del sufrimiento, abriendo nuevas significaciones para que el hecho –aunque doloroso y traumático– pueda ser aceptado e incorporado a la historia personal.
- Disipar inquietudes y temores –reales o fantaseados– sobre la base de informaciones claras, sencillas y precisas.
- Analizar posibles dudas y dificultades acerca de a quién, cuándo y cómo hablar de lo sucedido y, en el caso de que la mujer ya lo haya relatado, valorar las respuestas que ha recibido, en particular de familiares y entorno cercano.
- Aportar elementos para que la mujer comprenda que la violación no se relaciona con sus características, comportamiento o historia personales, sino que forma parte de su vulnerabilidad de género. Estos argumentos pueden contribuir de manera significativa a aliviar los auto-reproches, la vergüenza y la pregunta *¿por qué a mí?*
- Fortalecer su posición de sujeto. Valorar las estrategias de supervivencia y resistencia que puso en juego durante o después del ataque. Resignificar los aspectos *fallidos* de su autodefensa poniendo de relieve la desigualdad de fuerzas y de poder.
- Escuchar y viabilizar su reclamo de justicia y de reparación.
- Propiciar el fortalecimiento yoico y la desvictimización.
- Abrir alternativas para que pueda ir reorganizando las facetas de su vida que se han visto afectadas.
- Propiciar la recuperación del cuerpo y del placer sexual.
- Dar cabida a la expresión de sentimientos “peligrosos” o amenazantes como el deseo de venganza, entendiendo que la *puesta en palabra* atenúa los riesgos de un *pasaje al acto*. Debe considerarse que los efectos perniciosos de ese mismo deseo destructivo pueden volverse contra la propia víctima, provocando síntomas severos como anorexia, auto-mutilaciones o intentos de suicidio.
- Esclarecer y reafirmar el carácter imprevisible del hecho y aportar elementos que le permitan comprender que es doloroso pero superable.

A continuación, se describen brevemente las diferentes técnicas específicas en el tratamiento de víctimas de violencia sexual.

Terapia breve psicodinámica y de emergencia

Además de necesitar el apoyo, comprensión y escucha de los familiares y amigos cercanos, la víctima de violación puede llegar a necesitar un apoyo terapéutico profesional de emergencia. Este tipo de psicoterapia es de pronta aplicación y se utiliza para ayudar a las personas a enfrentar eventos emocionalmente perturbadores, tales como los que se presentan en accidentes y diversos actos de violencia (Aresti, 1997).

Los conflictos emocionales provocados por situaciones traumáticas de la vida cotidiana, pueden ser contenidos y mínimamente elaborados dentro del contexto de una psicoterapia breve. Esta aproximación terapéutica es deseable y necesaria, ya que sería materialmente imposible brindar psicoterapia prolongada a todas las víctimas de violencia sexual.

El objetivo del proceso psicoterapéutico sería el ayudar a las víctimas a recuperar el control de sus vidas, facilitándoles toda la información necesaria (Aresti, 1997). Además de facilitar la elaboración de la angustia, de la sensación de impotencia y de la rabia contenida, ya que una de las consecuencias de la violencia sufrida es que se torna en contra de la propia persona, bajo la forma de sentimientos de culpa y de autodevaluación.

La psicoterapia breve es un método de tratamiento para síntomas, inhibiciones y desadaptaciones que demanden un pronto alivio por la naturaleza disruptiva e inesperada de los mismos. Su meta es reducir o quitar, si es posible, síntomas determinados provocados por un suceso traumático específico (Bellak & Small, 1980).

Las formas de apoyo terapéutico que pueden ayudar a las víctimas de violencia sexual, estarían enmarcadas dentro de las derivaciones de la teoría psicoanalítica, pero con modificaciones técnicas en cuanto a formas de encuadre, duración, manejo de la transferencia, etc. En algunos casos se recomienda la terapia individual con las especificaciones de las terapias breves, y en otros casos se recomienda la psicoterapia grupal bajo la coordinación de terapeutas con orientación feminista. Este proceso se lleva a cabo en una relación cara a cara, entre la paciente y el psicoterapeuta. Los señalamientos e interpretaciones del terapeuta estarán orientados fundamentalmente al aquí y ahora de la problemática que ha sido provocada por la experiencia traumática; intentando relacionar lo acontecido con situaciones del pasado que presenten alguna semejanza. Esta psicoterapia debe estar enfocada a la elaboración de las sensaciones de miedo, terror y/o pánico que suelen presentar las víctimas como secuela de la violencia sufrida, vinculado al aumento insoportable de la sensación de desamparo. Es por eso que la relación transferencial entre la paciente y el psicoterapeuta se mantiene como parte esencial del proceso terapéutico, enfatizando siempre la transferencia positiva.

En situaciones traumáticas como la violación, el sentimiento de desvalidez y desamparo se presenta como un elemento desorganizador del psiquismo de la víctima. Frente a la vivencia de pánico posterior a la violación, es importante posibilitar:

- a) La expresión catártica de la vivencia que permita un recuerdo de lo acontecido, acompañado de la descarga emocional correspondiente.
- b) Brindar apoyo y seguridad a partir de la relación con la terapeuta.
- c) Mejorar la autoestima de la víctima, ayudando a que la mujer pueda elaborar sus sentimientos de minusvalía y de culpabilidad frente a lo ocurrido.
- d) Apuntalar la prueba de realidad con la víctima, para que esta pueda desarrollar formas de protección adecuada y necesaria frente a la presencia de la violencia sexual.
- e) El contenido del pánico debe ser relacionado con las circunstancias exógenas que lo provocaron, con la dinámica específica de la víctima y con sus antecedentes biográficos.
- f) Enseñar a la víctima formas específicas de respuesta para enfrentar ataques de pánico recurrente, respiración pausada y profunda, relajación corporal, y meditación.

El proceso de psicoterapia breve puede abarcar de 5 a 15 sesiones, al final de las cuales la víctima debe quedar con la seguridad de que podrá recurrir a buscar su apoyo, si es necesario. Se le pueden pedir informes periódicos, durante algún tiempo, acerca de su estado de ánimo y la recuperación de confianza y seguridad en la vida cotidiana.

El testimonio como herramienta terapéutica

La propuesta del uso de trabajo testimonial como técnica psicoterapéutica está basada en el seguimiento del trabajo realizado por los psicólogos chilenos Lira y Weinstein (1984), quienes lo implementaron y utilizaron en su trabajo con pacientes que habían sufrido experiencias traumáticas de carácter político.

Frente a la experiencia de la violencia sexual muchas mujeres tienden a aislarse, a guardar en secreto la violencia y la humillación experimentada, restringiendo aún más las posibilidades de elaboración psíquica de la experiencia. El sentimiento, a veces generalizado, de impotencia y total vulnerabilidad, provoca un aumento en la incapacidad de la víctima para enfrentar la vida de manera activa, lo cual va creando un círculo vicioso de vulnerabilidad, temor, inhibición, molestias generalizadas y sensación omni-abarcadora de desconfianza y atrapamiento.

Ante esto, se intenta lograr que la mujer víctima de violencia sexual retome su vida y sus proyectos sin olvidar, negar o reprimir la violencia sufrida, pero sin quedar atrapada y poseída por el miedo, logrando moverse del lugar de víctima vulnerable y paralizada a la de sujeto activo con la capacidad de decir BASTA a la violencia a la que por el hecho de ser mujer está sometida.

El objetivo de esta técnica es la elaboración del sufrimiento psíquico a través de la superación y transformación de la experiencia desde un lugar de pasividad, a un lugar de acción consciente. El uso del testimonio de lo acontecido, en forma de grabación y

posteriormente escrito, se convierte en la posibilidad de ejercer una conducta activa y palpable de lo que se ha sufrido en silencio y soledad. Testimonio que funciona además como una *denuncia* que puede ser compartida con otras víctimas y que permite pasar de la soledad de la violencia a un nosotros solidario y potente.

Las primeras sesiones son para esclarecer la situación que ha padecido la mujer víctima de violencia sexual, la sintomatología predominante y el por qué específico de la consulta. Una vez aclarados estos hechos y establecida la relación terapéutica, se le plantea a la paciente como posibilidad que ella misma debe decidir el escribir un testimonio, los objetivos terapéuticos de este procedimiento y la posibilidad de que el testimonio pueda servir como denuncia y como constancia de arbitrariedad y violencia ejercida. El proceso de recordar todo lo vivido puede ser doloroso, pero le permitirá comprender las emociones, contradicciones y ambivalencias asociadas a los hechos. Se le plantea también la posibilidad de que incluya su historia vital completa desde la infancia, lo que contribuye al objetivo de integrar en el conjunto de la vida del sujeto, la experiencia traumática.

El efecto terapéutico se vincula principalmente con lo que se denomina nudo traumático. La comunicación de los hechos traumáticos funciona como catarsis, pero también como denuncia. Permite recoger la hostilidad generada por esta experiencia y devolverla de una manera socializada y constructiva, sin incurrir de nuevo en denigración o culpas individuales. Se recupera el valor de lo individual, ligado a lo social, en donde la víctima sabe que su testimonio se juntará a muchos más, puesto que ella no es la única víctima de tal situación. La denuncia le da carácter social. El sufrimiento no ha sido en vano.

El uso del testimonio como herramienta terapéutica tiene el objetivo de restituir el potencial "yoico" mínimo necesario como para permitir un proceso terapéutico más profundo posteriormente. Este instrumento sirve como un alivio sintomático inicial, que va construyendo el vínculo con el terapeuta (Aresti, 1997).

Al principio de la experiencia de violencia sexual, el nudo traumático es sentido como algo no verbalizable, no transmitible, porque teme quebrarse, desbordarse, sospechando que quizás la terapeuta no va a poder con el contenido de violencia, humillación y pánico, y que también se puede quebrar. Este animarse a depositar en otro el horror de lo acontecido, le proporciona al sujeto un alivio significativo en el monto de ansiedad que carga el paciente. El testimonio es un medio seguro y estable para constituirse en un continente o contenedor de lo sufrido. Es a la vez un medio que posibilita socializar el sufrimiento individual sin desvirtuarlo, y sin que el sujeto reviva una y otra vez el dolor de relatar su historia. El recoger en palabras, expresar verbalmente lo vivido, posibilita no solo la comprensión del terapeuta, sino la del propio sujeto, al poder controlar, poner de manifiesto e integrar la experiencia dolorosa frente a otra persona.

Psicoterapia grupal

En un contexto de trabajo terapéutico grupal con perspectiva de género, la víctima de la violación podrá analizar la agresión sufrida, no solo como un hecho individual y aislado, sino como un hecho que se inscribe en la dinámica social de opresión y sujeción de la mujer (Aresti, 1997). El trabajo de un grupo terapéutico implica un proceso en el que se dan una sucesión de escenas y situaciones, creadas a través del interjuego de las conductas significativas de las relaciones entre las integrantes y de estas con la coordinadora del grupo, tendientes a posibilitar en el aquí y el ahora un nuevo aprendizaje acerca de los vínculos y experiencias del pasado. Su finalidad es la de poder enfrentar y elaborar en compañía de otras víctimas el hecho brutal e inesperado de la violación.

En el contexto grupal se pueden reconocer y evaluar las influencias del contexto familiar y de las relaciones, así como la influencia que ejercieron las ideas restrictivas procedentes de la ideología patriarcal. Independientemente de la historia familiar de la que provengan, con sorpresa las mujeres en el grupo se percatan de que todas comparten ciertos prejuicios, mitos y tabúes en relación con el hecho de ser mujeres, así como sobre la sexualidad femenina y la violación.

El proceso terapéutico grupal puede vivirse como una oportunidad de corregir las restricciones o las versiones dominantes a fin de que la mujer, ayudada por la terapeuta y las demás integrantes del grupo, pueda generar nuevas y diferentes versiones sobre sí misma, en tanto pertenece al género femenino; lo cual le da una oportunidad de reformular la imagen que tiene de sí misma. Al enfocarse todo el grupo en las imágenes y prejuicios de la cultura y de la familia de origen de las mujeres, muchas pueden responder desafiando con fuerza la imagen dominante de la cultura, de manera creativa y respaldada por la fuerza del “nosotras” grupal.

La coordinadora de grupos de elaboración para mujeres víctimas de violencia sexual debería ser feminista (Aresti, 1997).

Los grupos pueden ser abiertos o cerrados. Los primeros permiten la inclusión de mujeres en la medida en que llegan a la institución. Constituyen una buena alternativa para ofrecer información y educar en materia de violencia sexual, derechos humanos, sexualidad, violencia intrafamiliar, entre otros temas. Sin embargo, tienen la desventaja de que al ser grupos de abierta participación dificultan la cohesión grupal y la continuidad de temas.

Psicodrama

La utilización del psicodrama puede funcionar como una herramienta facilitadora, en tanto posibilita que determinada integrante represente su problema, además de hablar de él. Se espera que a través de la representación psicodramática, los impulsos, fantasías asociadas, recuerdos y proyecciones se conviertan en conscientemente explicitados, a la vez que se desarrolle

simultáneamente una forma de autopercepción individual, pero compartida con el grupo.

El método psicodramático favorece la tendencia a la “actuación” pero dentro de una situación estructurada de grupo; la dramatización convierte los impulsos inconscientes en percepciones conscientes, logrando además integrar los aspectos de la experiencia, de las sensaciones e imágenes.

Técnicas psicoterapéuticas cognitivo-conductuales

La mayoría de los procedimientos que han probado su eficacia en aliviar la sintomatología del Síndrome de Estrés Posttraumático se fundamentan en las conceptualizaciones conductual y cognitiva de la psicología del aprendizaje (Báguena Puigerver, 2001). A continuación se describen distintas estrategias:

Terapia de exposición

Jaycox y Foa (1996) sugieren que la exposición a los recuerdos traumáticos conducirá a una reducción de los síntomas porque el individuo aprende que: (a) los estímulos que le recuerdan el trauma no le causan daño; (b) recordar el trauma no implica revivir la amenaza; (c) existe una habituación a la ansiedad mientras que el individuo permanece próximo a los recuerdos temidos; y (d) la experiencia de ansiedad no concluye en la pérdida de control temida. La exposición daría lugar a la mejora a causa de dos procesos distintos, pero relacionados. Primero, existe habituación de la ansiedad. Segundo, existe el aprendizaje de que la exposición no conducirá a la amenaza.

En líneas generales, para reducir la ansiedad condicionada y los recuerdos relacionados con el trauma, la terapia de exposición utiliza diversos procedimientos que varían en función del método de presentación de los estímulos temidos (*in vivo* o vía la imaginación) y en términos de la tasa o la intensidad de la presentación (gradual y jerárquica o no graduada).

Entre las distintas técnicas de exposición, la *desensibilización sistemática*, aunque pionera entre todas ellas, se ha utilizado poco y con muy escaso control en el tratamiento del Trastorno de Estrés Post Traumático. La desensibilización sistemática posee «efectos beneficiosos» para aliviar la sintomatología posttraumática en mujeres víctimas de violación (Frank et al., 1988).

En el estudio más reciente de Foa *et al.* (1999), 96 mujeres víctimas de agresión sexual con Trastorno de Estrés Post Traumático crónico fueron asignadas al azar a una de las siguientes cuatro condiciones de tratamiento: exposición prolongada, entrenamiento en inoculación de estrés, una condición combinada, y a un grupo de control en lista de espera. Aunque en los tres grupos que recibieron tratamiento se observó una disminución en la gravedad del Trastorno de Estrés Post Traumático y en síntomas depresivos en comparación con el grupo de control, el grupo que recibió exposición prolongada fue el que mostró una mejora mayor en el

seguimiento en relación con aspectos tales como ansiedad, depresión y gravedad global del trastorno.

EMDR

El EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento del Movimiento Ocular) es una variante de exposición que en los últimos tiempos ha tenido cierta popularidad. Es una metodología innovadora establecida por Shapiro (1989, 1995), que se aplica como alternativa de tratamiento en los casos de personas traumatizadas. La base de la técnica está en el movimiento de los ojos u otras formas de estimulación bilateral (como chasquear dedos o palmadas suaves en la parte dorsal de la mano, de izquierda a derecha). Mientras se da dicha estimulación, la persona habla de un acontecimiento traumático que le perturba y después de varios sets de movimientos, el grado de perturbación disminuye; y en la mayoría de los casos, desaparece (Shapiro, 1993).

La sugerencia de Shapiro (1993) es que cuando se le pide a una persona, en un estado totalmente consciente, que traiga a la mente el suceso traumático, se produce una unión entre la conciencia y el lugar donde la memoria está almacenada fisiológicamente en el cerebro. Los movimientos oculares provocados con EMDR activan el Sistema de Procesamiento de la Información. Este procedimiento se repite hasta llevar a la memoria por todas las ramificaciones y generalizaciones que se han dado a raíz del incidente por un sendero adaptativo, logrando así balancear nuevamente ese sistema.

El paradigma del procesamiento de información provee una explicación del por qué de la rapidez de los resultados positivos que se obtienen con EMDR y de la generalización de su efecto. Este paradigma es el que complementa al de desensibilización utilizado al inicio e indica que la mayoría de las patologías derivadas de experiencias tempranas activan un patrón continuo de afectos, conductas, cogniciones y crean una estructura en la identidad de la persona (Shapiro, 1995). Este patrón puede bloquearse al sufrir una experiencia traumática, por lo que la persona no puede seguir con el nivel de funcionamiento previo a la experiencia.

Antes del tratamiento con EMDR, el recuerdo traumático se manifiesta a través de una imagen, una cognición, un afecto y una sensación corporal que están en su estado original, es decir, como se dieron cuando fueron adquiridas. Después del tratamiento, esta imagen, cognición, afecto y sensación corporal se almacenan nuevamente con un menor grado de perturbación, en una forma adaptativa (Shapiro, 1993). Se considera resolución adaptativa cuando los pensamientos, sentimientos, creencias, imágenes y afectos negativos se disipan, permitiendo la integración de pensamientos, creencias, sentimientos, imágenes y afectos positivos (Shapiro, 1995).

Terapia cognitiva

La terapia cognitiva desarrollada por Beck y su grupo (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) se basa

en el supuesto de que la interpretación del suceso, más que el propio suceso, es la que determina los estados emocionales y de ahí los pensamientos desadaptativos que conducen a las respuestas patológicas. En suma, la terapia cognitiva se plantea como objetivo identificar las cogniciones desadaptativas y cambiarlas por unas más ajustadas a la realidad.

Mediante esta técnica se enseña a los pacientes a: (i) identificar sus pensamientos desadaptativos; (ii) evaluar la validez de esos pensamientos y cambiar los que resultan erróneos o inútiles; y (iii) sustituirlos por unos más lógicos o beneficiosos.

Los estudios con mujeres víctimas de agresión sexual (e.g., Del Corral, Echeburúa, Zubizarreta, & Sarasúa, 1995; Frank et al., 1988), los estudios de caso (e.g., Espada & Méndez, 2000; Thrasher, Lovell, Norshirvani, & Livanou, 1996) o estudios como el de Resick & Schnicke (1992) con su terapia de procesamiento cognitivo, donde la terapia cognitiva se combina con la exposición prolongada, sugieren efectos beneficiosos, pero no permiten esclarecer la eficacia diferencial de la terapia cognitiva con respecto a la exposición u otras modalidades de tratamiento con las que se combina.

Terapia para el manejo de la ansiedad

Entre los diversos programas de entrenamiento para el manejo de la ansiedad, el entrenamiento en inoculación de estrés ha sido el más utilizado para reducir los síntomas de ansiedad en el estrés post-traumático. El entrenamiento en inoculación de estrés, desarrollado por Meichenbaum (1975, 1985), tiene como objetivo la adquisición y aplicación de habilidades de afrontamiento e incluye diversas técnicas: educación, relajación muscular profunda, control de la respiración, juego de roles, modelamiento, detención de pensamiento y entrenamiento autoinstruccional. La eficacia del entrenamiento en inoculación de estrés se ha puesto a prueba básicamente en mujeres violadas. En uno de los primeros estudios realizados por Veronen y Kilpatrick (1983), el entrenamiento en inoculación de estrés daba lugar a la disminución de los niveles de ansiedad relacionados con la violación.

Método

A fin de obtener los datos para esta investigación, se consideró pertinente la aplicación de técnicas metodológicas de tipo cualitativo que permiten penetrar en aspectos sobre las percepciones y subjetividad de las personas en sus comportamientos. Esta estrategia de investigación es particularmente apropiada en el presente caso porque una de sus mayores fortalezas es que permite una mejor comprensión de las dimensiones subjetivas y simbólicas del comportamiento humano, así como de los procesos vividos por los actores sociales.

En ese sentido, las técnicas de recolección de datos usadas por excelencia en la investigación cualitativa son aquellas que permiten recoger las experiencias de los actores con sus propias palabras y ritmos, y que mejor

muestran sus visiones del mundo. Las elegidas en esta investigación son las entrevistas semiestructuradas. Esta técnica permite una mejor aprehensión de la construcción de las representaciones sociales.

Es un estudio descriptivo-comparativo con utilización de un diseño selectivo. La población está constituida por Psicólogos/as que integran los Comités de Violencia que atienden a mujeres víctimas de violencia sexual.

El Muestreo fue de carácter intencional, se seleccionaron los/as psicólogos/as que integran los Comités de Violencia de los Hospitales Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En 3 de los 4 hospitales solamente una psicóloga integra el equipo, por lo que no había posibilidad de entrevistar más profesionales.

Los criterios para seleccionar a las profesionales han sido los siguientes: psicólogas que asistan a mujeres víctimas de violencia sexual y que al momento de la entrevista trabajen en los siguientes hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Hospital General de Agudos "Dr. E. Tornú", Hospital General de Agudos "Dr. T. Álvarez", Hospital General de Agudos "Dr. I. Pirovano", y Hospital de Infecciosas "F. Muñiz". Los mismos han sido seleccionados debido a que cada uno de ellos es el referente de asistencia a la víctima de violencia sexual en las IV Regiones en que ha sido dividida la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se entrevistaron a 5 profesionales, una psicóloga especializada en violencia familiar, una psicóloga especializada en sexología, una psicóloga especializada en adolescencia y adultos, una psicóloga especializada en psicoanálisis y una psicóloga especializada en clínica de adultos y niños.

Resultados

En este apartado se exponen los distintos tratamientos ofrecidos en los cuatro hospitales públicos de referencia, de acuerdo a lo expresado por las psicólogas en las entrevistas.

Tratamiento Psicológico ofrecido en Hospital A

Según las entrevistas realizadas en el Hospital A, se trabaja desde el psicoanálisis ortodoxo, adaptado al ámbito hospitalario ya que no se utiliza diván, las entrevistas son cara a cara y el tratamiento tiene una duración de 3 meses máximo: "El tratamiento es por medio de entrevistas. 1° se pesquisa la estructura psíquica, si tienen recursos para tramitar el trauma. El objetivo es trabajar la elaboración de las sensaciones de miedo, terror y/o pánico que suelen presentar las víctimas como secuela de la violencia sufrida, vinculado al aumento insostenible de la sensación de desamparo", según XP1.1. Brindan apoyo y seguridad e intentan mejorar la autoestima de la víctima, ayudando a que la mujer pueda elaborar sus sentimientos de minusvalía y de culpabilidad frente a lo ocurrido. Las psicólogas hacen supervisión de los casos y análisis.

Se puede afirmar que a la atención psicológica brindada a las víctimas de violencia sexual en el Hospital A se realiza desde una perspectiva de género, ya que las herramientas psicoanalíticas han sido adaptadas, siendo los tratamientos breves y cara a cara, además de ser educativos. Se las concibe como víctimas de violencia de género y no como pacientes, de esta forma se las saca del lugar de psicopatología.

Tratamiento Psicológico ofrecido en Hospital B

En el Hospital B la psicóloga (XP2.1) que atiende a las víctimas de violencia sexual comenzó utilizando el modelo sistémico, luego incluyó herramientas del modelo cognitivo y más recientemente EMDR. A las mujeres víctimas de violencia sexual las llama sobrevivientes: "*La 1° intervención es desculpabilizarlas, no hay nada que pudieran hacer para evitarlo. Son sobrevivientes, muy humilladas, se sienten culpables. Remarcar lo bueno, que salieron con vida.*"

Es la única psicóloga (XP3.1) que no trabaja desde el psicoanálisis. Reconoce el papel que juega la violencia en el mantenimiento de la asimetría del poder y los privilegios en relación con el género, dentro de la sociedad.

Tratamiento Psicológico ofrecido en Hospital C

En el Hospital C, la única psicóloga que aceptó trabajar con víctimas de violencia sexual trabaja desde el psicoanálisis adaptado a terapias breves ya que son 7 u 8 entrevistas de acuerdo al protocolo. Utiliza como técnica el testimonio, ya que la psicóloga considera que las mujeres víctimas de violencia sexual suelen no poder hablar de lo sucedido y de esta forma se les facilita el tratamiento y las mejoras son importantes. "*Las chicas sienten culpa, impotencia, miedo, remordimiento, sensación de muerte, asco, enojo*". Las psicólogas realizan análisis personal y supervisión de casos. Las llama pacientes "*Yo les digo pacientes y no víctima. En la situación ella es la víctima y el victimario*".

Además se realiza tratamiento grupal. El mismo posibilita realizar seguimiento de las pacientes, que si fuera en forma individual sería mucho más difícil por la cantidad de víctimas y la falta de personal. Las reuniones son mensuales y no se realizan en el ámbito hospitalario sino en un centro de salud a unas cuadras. Uno de los objetivos del trabajo grupal es que la mujer no se quede en el lugar de víctima. La tarea en el grupo es recreativa, lúdica, aunque muy movilizante para las participantes. Generalmente realizan una pausa para tomar un refrigerio. El grupo es abierto, permitiendo la coexistencia de mujeres que ingresaron hace tiempo y recientes, interaccionando entre ellas.

La psicoanalista utiliza una técnica con perspectiva de género para el tratamiento de víctimas de violencia sexual. Prefiere llamarlas pacientes, pero reconoce que en la situación ellas son víctimas. Reconoce el papel que juega la violencia en el mantenimiento de la asimetría del poder y los privilegios del hombre en relación a la mujer.

En cuanto al trabajo en grupo, hay que remarcar que es el único hospital de la Ciudad de Buenos Aires que lo implementa, considerándose una buena práctica en atención y seguimiento de las víctimas. El grupo abierto permite la inclusión de mujeres en la medida en que llegan a la institución. Ofrecen información y educan en materia de violencia sexual, derechos humanos, sexualidad, violencia intrafamiliar, entre otros temas.

Tratamiento Psicológico ofrecido en Hospital D

En el Hospital D, se trabaja desde el psicoanálisis, no se implementa el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual y el Comité de atención a víctimas de violencia se disolvió por lo que no se supervisan los casos ni se abordan integralmente. Las víctimas de violencia sexual que llegan al hospital son remitidas a otro. En el 2009, una paciente del hospital fue abusada sexualmente en el baño y no se la atendió en el hospital sino que se la derivó a otro ya que el Comité ha decidido no atender a víctimas de violencia sexual, pese a ser considerado uno de los hospitales de referencia.

En este caso se observa que las víctimas son expulsadas, revictimizándose nuevamente al no brindarles la atención y tratamiento que deben recibir. Se observa que estos profesionales no han revisado sus prejuicios, además de no haber recibido por parte de la institución capacitación y contención para mejorar la atención de las mujeres.

Discusión

El tamaño de la muestra obliga a tomar los datos obtenidos con prudencia; no obstante, estos hallazgos pueden razonablemente generalizarse a los psicólogos que atienden a víctimas de violencia sexual en los hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se entrevistaron a las psicólogas integrantes de los Comités de Atención de Víctimas de Violencia Sexual de los cuatro Hospitales de Referencia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, siendo exhaustiva la muestra.

A partir de lo expuesto se puede afirmar que en tres de los cuatro hospitales relevados se trabaja desde una perspectiva de género, en dos de ellos desde el psicoanálisis y el tercero utilizando distintas técnicas sistémico – cognitivo conductuales. En el Hospital C además existe un Grupo de Víctimas de Violencia Sexual, constituyendo esta experiencia muy relevante para la atención y seguimiento de las víctimas. En el Hospital D no se atiende a las víctimas, siendo prioritario que la institución fomente la interrelación con otras instituciones que puedan brindar capacitaciones en la temática.

Cuando las psicólogas tienen puntos de vista estereotipados y negativos sobre el tema, derivado de un déficit en su formación específica en violencia sexual, aparecen dificultades en la atención brindada. La ausencia de formación en la temática también se refleja en los resultados de la investigación, por lo tanto, las

actitudes y creencias de estos profesionales son negativas y dotadas de contenido moral. Estas dificultades, e incluso los prejuicios y las concepciones formadas, se basan intrínsecamente en el sentido común.

El haber realizado una carrera universitaria no les brinda a los/as profesionales herramientas para trabajar con la temática de la violencia de género y sexual sino se tiene una capacitación con perspectiva de género. No alcanza con la intención a la hora de ocupar un lugar en los Comités de Atención a Víctimas de Violencia Sexual, sino que es importante la información, sensibilización y capacitación para poder cuestionar los propios saberes y creencias que se encuentran atravesados por la cultura patriarcal. Para ofrecer a las víctimas de la violencia sexual una atención adecuada se requiere personal capacitado que comprenda el problema, sus orígenes y consecuencias. Solamente la capacitación en la temática permite modificar las propias representaciones atravesadas por la cultura patriarcal. Es escaso el personal capacitado en la temática. La capacitación de los equipos debe incluir tanto el conocimiento técnico como una reflexión sobre sus actitudes, sus conceptos sobre la violencia sexual y sobre la atención de las víctimas de la agresión.

En referencia a la atención psicológica de las mujeres víctimas de violencia sexual, esta investigación permite inferir lo importante que es la capacitación en técnicas específicas para el abordaje de esta problemática social, sean estas de orientación psicodinámica o cognitivo-conductual, y es recomendable que las psicólogas sean mujeres con orientación de género, con el fin de evitar los prejuicios propios de la cultura patriarcal, y posibilitar una autoevaluación en las pacientes de sus valores, creencias, y concepciones machistas.

El abordaje de la violencia sexual presenta un desafío a las psicólogas que, formadas a partir de marcos conceptuales que no incorporan la cuestión de género, deberán cuestionar y flexibilizar posturas para dar respuesta a este grave problema de salud pública.

Toda psicóloga debe contar con la libertad y la creatividad necesarias para permitirse el uso de técnicas y estrategias novedosas, aceptar que cada modelo aporta conceptos importantes para su abordaje, sin que esto signifique el desconocimiento del marco conceptual que lo sustenta ni aferrarse a un modelo como el único marco válido que permite interpretar la realidad.

Referencias

- Aresti, L. (1997). *La violencia impune. Una mirada sobre la violencia sexual contra la mujer (daño psicológico y estrategias de apoyo)*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Báguena Puigcerver, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, 13, 479-492.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. DDB, Bilbao.
- Bellak, L., & Small, L. (1980). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Editorial Pax.
- Bosch, E., Ferrer, V., & Alzamora, A. (2006). *El laberinto patriarcal. Reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres*. Barcelona: Anthropos.
- Campbell, R., & Raja, S. (1999). Secondary Victimization of Rape Victims: Insights from Mental Health Professionals Who Treat Survivors of Violence. *Violence and Victims*, 14(3), 261-275.
- Claramunt, M. C. (2000). *Abuso sexual en mujeres adolescentes*. Serie Género y Salud Pública 9. San José, Costa Rica: Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS.
- Del Corral, P., Echeburúa, E., Zubizarreta, I., & Sarasúa, B. (1995). Tratamiento psicológico del trastorno de estrés post-traumático crónico en víctimas de agresiones sexuales: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 78, 455-482.
- Espada, J. P., & Méndez, F. J. (2000). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de estrés post-traumático por accidente de tráfico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 105, 83-103.
- Frank, E., Anderson, B., Stewart, B. D., Dancu, C., Hughes, C., & West, D. (1988). Efficacy of cognitive behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. *Behavior Therapy*, 19, 403-420.
- Foa, E.B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 194-200.
- Jaramillo, D. E., & Uribe, T. M. (2001). El rol del personal de salud en la atención de las mujeres maltratadas. *Investigación y educación en Enfermería*, 19(1), 38-45.
- Jaycox, L. H., & Foa, E.B. (1996). Obstacles in implementing exposure therapy for PTSD: Case discussions and practical solutions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 176-184.
- Jodelet, D. (1989). *Les representatios sociales*. France: PUF
- Lira, E., & Weinstein, E. (1984). *Psicoterapia y represión política*. México: Siglo Veintiuno.
- Meichenbaum, D. (1975). Self-instructional methods. En F.H. Kanfer y A.P. Goldstein (eds.), *Helping people change* (pp. 357-391). New York: Pergamon Press.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon.
- Moscovici, S. (1981). On social representation. En J. P. Forgas (Comp.). *Social cognition. Perspectives in everyday life* (pp. 181-209). Londres: Academic Press.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2011). Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. Recuperado de http://www.ms.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernos/Protocolo_Violencia%20Sexual.pdf
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Shapiro, F. (1989). Eye Movement desensitization: A new treatment for post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Behavior and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- Shapiro, F. (1993). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in 1992. *Journal of Traumatic Stress*, July 1993, Volume 6, Issue 3, pp 417-421
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: The Guilford Press.
- Thrasher, S. M., Lovell, K., Norshirvani, H., & Livanou, M. (1996). Cognitive restructuring in the treatment of post-traumatic stress disorder: Two single cases. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 137-148.
- Tizón, J. L. (1992). *Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria*. Barcelona: Mosby-Doyma.
- Veronen, L. J., & Kilpatrick, D. G. (1983). Stress Management for Rape Victims. En: D. Meichenbaum & M. E. Jaremko (Eds.), *Stress reduction and prevention* (pp. 341-374). New York: Plenum Press.

Fecha de recepción: 17/12/12

Fecha de aceptación: 28/10/13