

Programa Mujer, Salud y Desarrollo

Serie Género y Salud Pública



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Programa Mujer, Salud y Desarrollo

Serie Género y Salud Pública

9

ABUSO SEXUAL EN MUJERES ADOLESCENTES

María Cecilia Claramunt

San José, Costa Rica
Agosto 2000

Aunque el material de esta publicación se puede citar o reproducir libremente, es preciso señalar la fuente y hacer referencia al título y al ISBN.

Se debe enviar un ejemplar de la publicación que incluya alguna cita o reproduzca cualquier parte a:

Organización Panamericana de la Salud
Programa Mujer, Salud y Desarrollo
Apartado Postal 3745-1000 San José,
Costa Rica.
E-mail : www@cor.ops-oms.org.

ISBN: 92 75 32264 3

© Copyright 2000

Organización Panamericana de la Salud Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

CONTENIDOS

Presentación	1
1. Abuso Sexual en Mujeres Adolescentes	2
1.1 Introducción.....	3
1.2 Efectos de abuso sexual en la salud sexual y reproductiva.....	4
1.3 Efectos de abuso sobre la prevención de ETS y SIDA.....	5
1.4 Abuso sexual infantil y prostitución adolescente.....	5
1.5 Efectos psicológicos del abuso sexual infantil.....	6
1.6 Efectos de la violación en adolescentes.....	8
Referencias bibliográficas.....	9
2. Enfoques Terapéuticos Alternativos para Víctimas de Violencia Basado en Género	10
Referencias bibliográficas.....	13
3. Grupos de Apoyo: Modelo de Intervención Grupal para Adolescentes que han Experimentado Violencia Sexual	14
3.1 Principios.....	15
3.2 Objetivos.....	15
3.3 Papel del sistema legal en el proceso de empoderamiento.....	15
3.4 Consideraciones generales.....	16
3.5 Proveedores de servicios.....	16
3.6 Elementos básicos para conformar un grupo cerrado.....	17
3.7 Propuesta de ejes temáticos para grupos de apoyo.....	17
3.7.1 Grupo de apoyo para adolescentes que han experimentado incesto y abuso sexual en su niñez.....	17
3.7.2 Grupo de apoyo para adolescentes víctimas de violencia.....	19

PRESENTACION

La Serie "Género y Salud Pública" es producida por el Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en la subregión de Centro América con el propósito de difundir temas de interés promovidos por el Programa. Se pretende que sea un medio para estimular la reflexión, análisis y acciones desde una perspectiva interdisciplinaria de género sobre aspectos de la salud colectiva.

Con el auspicio de los gobiernos de Suecia y Noruega, en estos Cuadernos se publicarán documentos que permiten consolidar los procesos que se realizan en los países centroamericanos, de incorporar la consideración de género en políticas y acciones del Sector Salud. El contenido de la serie puede ser documentos originados por conclusiones de talleres, aportes de autores individuales y resultados de investigaciones.

El contenido de los trabajos publicados y la forma como los datos se presentan no implica necesariamente la posición del Programa MSD/OPS sobre el tema en particular.

1. Abuso Sexual en Mujeres Adolescentes

1. Abuso Sexual en Mujeres Adolescentes

1.1 Introducción

La mayoría de la gente incluyendo las adolescentes suponen que el abuso sexual (tanto el abuso directo e indirecto y el incesto) es un problema mayor para las niñas. Este supuesto se basa en la creencia de que las adolescentes son más capaces de rechazar físicamente los avances sexuales y lo suficientemente listas como para pararlos si el problema persiste. Una variedad de factores hacen que esta idea sea falsa. Las estadísticas dicen que al menos la mitad de las víctimas de incesto son adolescentes.

Además del abuso sexual incestuoso, las adolescentes también tienen alto riesgo para experimentar ataques sexuales, violaciones por amigos (violación en citas) y acoso sexual, entre múltiples formas de explotación.

Diversas investigaciones señalan como factor común que las edades entre 16 y 24 años son estadísticamente las de mayor riesgo para el asalto sexual. El último año de colegio y el primero de universidad son potencialmente las épocas de mayor riesgo. (TAASA)

En contraste al mito de que la violación es perpetrada por desconocidos, los estudios estadísticos muestran que en el caso de las adolescentes entre las edades de 16 y 19 años, los ofensores son frecuentemente amigos, compañeros y novios (TAASA).

La Asociación contra el abuso sexual de Texas (TAASA), también presenta las siguientes estadísticas para las adolescentes:

- 38% de las mujeres que han sido violadas son adolescentes entre 14 y 17 años
- En el 56% de las adolescentes que han sido violadas, el abuso ocurrió en una cita, en el 11% el perpetrador fue el novio, el 30% un amigo y en el 3% un desconocido.
- Una de cada cuatro mujeres universitarias es sobreviviente de una violación o su intento

También se sabe que el 78% de las adolescentes nunca le contarán a sus padres acerca de la experiencia de la violación. Menos del 6% en los Estados Unidos pide ayuda a la policía.

El hostigamiento sexual cometido por amigos y compañeros escolares en la adolescencia es otra forma común de abuso. También perpetrado por adultos: profesores, supervisores, directores, en posiciones de poder. Implica un comportamiento de naturaleza sexual no deseado que implica la existencia de patrones de conducta ofensiva.

Este tipo de abuso ha sido ignorado o minimizado durante mucho tiempo, sin embargo es una experiencia común para las adolescentes, quienes son las principales víctimas. Las reacciones comunes ante el hostigamiento sexual son similares a las presentadas en otras formas de abuso, tales como: temor; intimidación; desconfianza; depresión; desórdenes alimenticios; baja autoestima; aislamiento; preocupación sobre la seguridad personal; problemas al dormir y pobre concentración (TAASA).

El abuso en el noviazgo es también una experiencia común que viven las adolescentes. Se presenta generalmente en relaciones donde la pareja constantemente ejecuta actos a nivel físico, sexual o verbal que dañan a la adolescente. Por lo general no es una experiencia aislada sino que ocurre en un contexto de violencia, miedo e intimidación, empeorando generalmente con el tiempo en frecuencia y peligrosidad.

En este contexto de abuso y agresión, los novios agresores utilizan variadas estrategias de poder y control, tales como los celos, la posesividad, el aislamiento de amigos y de la familia. Es común escuchar a las adolescentes quejarse del control experimentado en torno de forma de vestir, maquillarse, peinarse y conducirse. Por lo general, estas estrategias de control se van generalizando hacia la gran mayoría de áreas de comportamiento de las jóvenes, hasta presentarse en forma de agresión física y sexual. El abuso físico incluye empujones, golpes y patadas. En la forma sexual, por lo general se presenta una agresión incrementada que va desde los tocamientos indeseados, la crítica hacia el comportamiento sexual, las acusaciones y el ataque. Una vez instaurado el patrón de abuso, las agresiones aumentan en su diversidad y cantidad.

Los datos de los Estados Unidos sobre la mortalidad relacionados con el abuso dentro del noviazgo y las relaciones de pareja formales, muestran cifras alarmantes en 1 de cada 3 mujeres asesinadas, el asesino es el novio o marido (TAASA).

Algunos signos o señales de alerta sobre el abuso en el noviazgo han sido detectadas e incluye: sensación de que algo está mal en la relación debido a los sentimientos de temor; crueldad o violencia física contra la adolescente, otras mujeres, y animales; estrategias de control; celos y posesividad (TAASA).

Barry Levy (TAASA) ejemplifica la forma sexual del abuso en el noviazgo, de acuerdo con los reportes de las adolescentes:

- Sexo forzado
- Demandar sexo después de una golpiza
- Sexo forzado sin protección
- Golpear durante el acto sexual
- Actos sexuales degradantes

En comparación con las mujeres adultas, las adolescentes casadas o unidas, tienen un mayor riesgo de experimentar violencia y este riesgo es mayor cuando ellas están embarazadas. Para quienes han experimentado abuso físico y sexual en su infancia, el riesgo de violencia conyugal es mayor (Heise, 1994)

1.2 Efectos del Abuso Sexual en la Salud Sexual y Reproductiva

La investigación sugiere una fuerte conexión entre la victimización incestuosa, y:

- el abuso de drogas y alcohol
- menor edad para la primera relación sexual

- sexo sin protección
- múltiples parejas sexuales
- prostitución
- embarazo adolescente
- suicidio
- enfermedad mental
- automutilación
- fugas del hogar.

Todos estos son aspectos importantes a tomar en cuenta cuando se trabaja con adolescentes.

El incesto y el abuso sexual necesitan ser evaluados como la posible causa para otros comportamientos destructivos en muchachas de este grupo de edad. (Basta, primavera 2000)

Estudios recientes señalan también que en la mayoría de adolescentes embarazadas, el padre es un hombre adulto

Con respecto a adultas, las adolescentes tienen más probabilidades de ser golpeadas por sus parejas, y para quienes han experimentado abuso físico y sexual en su infancia el riesgo de violencia conyugal es mayor. (Heise, 1994)

1.3 Efectos del abuso sobre la prevención de ETS y SIDA

Las niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual tienen mayor riesgo de contraer ETS y SIDA por ser una población en riesgo para el uso de drogas intravenosas, ser prostituidas, y tener sexo sin protección con desconocidos que las doblan en edad. (Heise, 1994)

1.4 Abuso sexual infantil y prostitución adolescente

Una forma de abuso que es motivo de atención a nivel internacional por tratarse de una grave forma de violación de los derechos humanos fundamentales de niñas, niños y adolescentes, es la explotación sexual comercial infantojuvenil.

La explotación sexual comercial significa el empleo comercial para actividades de índole sexual de personas menores de edad, en las que existe remuneración económica u otro tipo de beneficios entre la niña, niño o adolescente, el cliente y los intermediarios. Las formas reconocidas de explotación sexual comercial son la prostitución, la pornografía, la trata de menores y el turismo sexual.

La prostitución infantil se define como cualquier acción para contratar u ofrecer los servicios de una niña, niño o adolescente para realizar actos sexuales cambio de dinero u otro beneficio (Claramunt 1998).

En el Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial Infantil (1996) se puso de manifiesto que la explotación sexual contra niñas y niños es un problema presente en *todos* los países del mundo, que afecta principalmente a las niñas provenientes de familias pobres.

Dentro de la multiplicidad de causas de la explotación sexual se señalan como factores relevantes la injusticia económica, las disparidades entre ricos y pobres, la discriminación contra grupos minoritarios, actitudes socioculturales que desvalorizan a niñas y mujeres, deterioro de estructuras familiares de contención, y la existencia de explotadores sexuales (Claramunt 1998).

Estudios recientes con niñas y adolescentes prostituidas (Claramunt, 1998, Council of Europe, 1998) han encontrado una fuerte conexión entre la explotación sexual temprana en el hogar, las fugas del hogar y el ingreso a la prostitución. En Costa Rica, en una investigación con 122 niñas, niños y adolescentes prostituidos, cerca del 80% reportó abuso sexual previo antes de los 12 años.

Otros estudios muestran que la prostitución y la conducta sexual riesgosa que se evidencia en adolescentes son indicadores de alta probabilidad de abuso sexual infantil (Russell: 1996, Faller: 1993). Un estudio norteamericano llevado a cabo con adolescentes prostituidas reportó que el 90% poseen historia de abuso sexual previo (Faller: 1990).

Las consecuencias psicológicas de la explotación sexual comercial detectadas en la investigación (Claramunt 1998) incluyen la depresión, expresada en sentimientos de tristeza, irritabilidad, sentimientos de culpa, problemas de concentración y sueño, deseos de morir y pesadillas. Relacionados con la estrategia disociativa (separarse de los sentimientos), se encuentran también la presencia de ideas fijas, fugas disociativas, olvidos o problemas de memoria, distracción y uso frecuente de la fantasía para aliviar el dolor y la impotencia.

Otras consecuencias que experimentan las adolescentes prostituidas son el alto consumo de drogas, alcohol y tabaco.

Como experiencias comunes en la vida cotidiana de las adolescentes y niñas prostituidas, se encuentran los golpes, violación y robo por parte de clientes, proxenetas, e intermediarios (Claramunt 1998).

Las familias de las cuales provienen las adolescentes que son atrapadas por las redes comerciales de la prostitución, no constituyen el espacio necesario para la seguridad y la protección. Ellas están marcadas por la violencia intrafamiliar, las drogas y la negligencia. Es común el abandono paterno, la violencia contra las madres, los hijos y las hijas, así como el incesto.

1.5 Efectos psicológicos del Abuso Sexual Infantil

La investigación empírica y la elaboración teórica ubica los efectos del abuso sexual infantil en cuatro grandes áreas, de acuerdo con la Teoría de las Dinámicas Traumagénicas (Finkelhorn y Browne 1985):

- En la Sexualidad (Sexualidad Traumática)
- En la confianza (Traición)
- En la autoestima (Estigmatización)
- En la autoeficacia y autonomía (Impotencia)

○ **Sexualidad traumática:**

Impacto psicológico: creciente importancia a aspectos sexuales, confusión acerca de las normas sexuales, confusión entre sexo y amor, asociaciones negativas con las actividades sexuales y las sensaciones de excitación, aversión a la intimidad sexual

Manifestaciones conductuales: actividad sexual precoz, prostitución, disfunciones sexuales, comportamientos sexuales autodestructivos, evitación a la intimidad sexual.

○ **Traición**

Impacto psicológico: dolor, depresión, dependencia, desconfianza, enojo, hostilidad, daños en la habilidad para juzgar a otras personas

Manifestaciones conductuales: aferramiento, vulnerabilidad a la victimización, aislamiento.

○ **Estigmatización**

Impacto psicológico: Culpabilidad vergüenza, pobre autoestima, sensación de ser diferente.

Manifestaciones conductuales: aislamiento, abuso de alcohol o drogas, intentos suicidas, conductas autodestructivas.

○ **Impotencia**

Impacto psicológico: ansiedad, miedo, sensación de pobre eficacia, percepción del yo como víctima, necesidad de control.

Manifestaciones conductuales: pesadillas, fobias, desórdenes alimenticios, depresión, disociación, fugas del hogar, problemas de estudio, vulnerabilidad a la revictimización, delincuencia.

La investigación en relación con las consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil señala una correlación significativa entre abuso sexual y problemas en la salud mental. Diversos estudios coinciden en que las mujeres abusadas tienen un riesgo mayor en comparación con quienes no han sido victimizadas de sufrir depresión, ansiedad, hospitalización psiquiátrica e intentos suicidas, abuso de alcohol y drogas. Otras consecuencias descubiertas son los problemas sexuales relacionados con el disfrute, los flashbacks durante el coito o el acercamiento sexual, y un riesgo alto de vulnerabilidad ante futuras victimizaciones sexuales (ILANUD 1992).

Los estudios comparativos entre sobrevivientes de abuso sexual infantil y la población en general, muestran que las consecuencias asociadas al abuso se manifiestan en una variada diversidad de dimensiones que van desde lo personal hasta lo social, y que su frecuencia es significativamente mayor en sobrevivientes que en población sin experiencia de abuso infantil. Algunas de estas dimensiones son: el aislamiento familiar y social, autoestima pobre, miedo a

los hombres, ataques de ansiedad, problemas para dormir, pesadillas frecuentes, autoagresión, mutilación (ILANUD 1992).

1.6 Efectos de la violación en las adolescentes

La investigación en el área de las consecuencias de la violación en la población adolescente señala los principales efectos:

- Cambios súbitos de personalidad
- Baja en el rendimiento académico
- Múltiples parejas sexuales
- Retiro de las actividades
- Repentino comportamiento fóbico
- Abuso de drogas o alcohol
- Desórdenes de la alimentación
- Aislamiento de los grupos de pares

Los efectos de la violación en adolescentes pueden evaluarse por medio del Desorden de Estrés Post Traumático, o bien, más específicamente a través del Síndrome del trauma Post Violación.

El Desorden de Estrés Post Traumático es una categoría diagnóstica para evaluar la presencia de los efectos de un trauma. No es una enfermedad mental, sino el conjunto de consecuencias que experimenta una persona normal ante una experiencia anormal.

○ Criterios Diagnósticos del DSPT

1. Existencia del evento traumático (violación)
2. Re-experimentación del trauma
3. Reducido contacto con el mundo
4. Síntomas tales como: problemas de sueño, hipervigilancia

○ Síndrome del Trauma Post Violación

Se le considera una subcategoría del DSPT. Las adolescentes pueden reaccionar de diferente manera ante el estrés y el trauma pos violación, pero la mayoría de las víctimas atraviesan tres estadios que se definen en el Síndrome del Trauma Post Violación.

1. Trauma: Miedo a estar a solas, temor a los hombres, problemas sexuales, depresión, desconfianza, problemas físicos asociados al estrés, sentimientos de enojo, culpa, dolor, vergüenza y ansiedad.
2. Negación: No desear hablar acerca de la experiencia, deseo de olvidar, negar consecuencias, intentos repetitivos para dejar la experiencia en el pasado.
3. Resolución: Se afrontan los sentimientos y los pensamientos asociados al trauma. Recobrar el sentido de control sobre la vida propia. (TASSA)

Referencias bibliográficas

¡Basta!. Un boletín de IPPF/RHO sobre cómo integrar la violencia basada en género en la salud sexual y reproductiva. Primavera 2000.

Claramunt, C. Explotación Sexual en Costa Rica: Análisis de la ruta crítica de niños, niñas y adolescentes hacia la prostitución. UNICEF: 1998

Filkelhorn, D y Brown, A. The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. American Journal of Orthopsychiatry, N. 55, pp. 79-94, 1985

Heisse, L. Violencia contra la mujer: La carga oculta de salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. OPS. Washington, D.C. 1994

TASSA. Texas Association Against Sexual Assault. Adolescent Sexual Abuse Curriculum. SF.

2. Enfoques Terapéuticos Alternativos para Víctimas de Violencia Basada en Género

2. Enfoques Terapéuticos Alternativos para Víctimas de Violencia Basada en Género

Las mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia basada en género (violencia sexual, incesto, abuso, violación marital) pueden experimentar un variado conjunto de consecuencias en la dimensión psicológica, espiritual y física. Ellas no son enfermas/os 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.

Requieren apoyo que de explicación a su experiencia, recuperar la confianza en los demás, resarcir el daño sufrido, comprender por qué fueron elegidas como víctimas y aliviar su dolor. Ellas han sido traicionadas y requieren recuperarse de los sentimientos de estigmatización, impotencia, vergüenza y culpa.

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.

La multiplicidad de experiencias de horror relatadas por quienes sobreviven a experiencias traumáticas nos demuestran que los seres humanos no estamos preparados en nuestro arsenal biológico y psíquico para enfrentar el terror de la violencia. Por esta razón, de una u otra manera, los “síntomas” como consecuencias de la violencia representan una paradoja: lo “anormal” de las experiencias generalmente aceptadas y justificadas por las instituciones sociales y lo “normal” de las consecuencias, generalmente asociadas con enfermedad y psicopatología desde la visión de los modelos tradicionales.

El reconocimiento del horror y la humillación de la experiencia de la violencia representa uno de los problemas más serios para interpretar y atender las necesidades de las mujeres que han sido victimizadas y es que los conceptos y herramientas psicológicas tradicionales son inapropiados.

Claramunt (1997) resume las principales dificultades para la intervención con mujeres que experimentan violencia desde los modelos tradicionales:

- **No se cree en la veracidad de las historias.** Freud como máximo exponente de esta tradición, postuló que los relatos de las mujeres acerca de sus historias de abuso sexual infantil eran el resultado de fantasías de sus deseos sexuales hacia los padres y no recuerdos de eventos reales (Rush, 1989).
- **No se cree en la veracidad de los sentimientos de impotencia** y así las víctimas son consideradas masoquistas, enfermas y problemáticas.
- Las manifestaciones emocionales y conductuales que corresponden a situaciones de amenaza a la vida son muchas veces consideradas **síntomas de una patología.**

- **Las mujeres han sido tradicionalmente consideradas el centro de la psicopatología familiar** o conyugal a la vez que se les responsabiliza de los trastornos emocionales y conductuales de sus hijos e hijas (Kaplan,.1990)
- No se concibe el concepto de víctima ya que se presupone su participación, colusión, provocación o complicidad en el uso de la violencia. De esta forma se interpreta, por ejemplo, la violencia conyugal como el resultado de un problema de la interacción o la comunicación entre la pareja.
- Se niega o minimiza 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
- Los profesionales en salud mental (psicólogos y psiquiatras, entre otros) son consideradas las personas más capaces para conocer, interpretar y decidir acerca de los problemas y las necesidades de las mujeres víctimas. De esta forma se favorecen las relaciones jerárquicas en los modelos de atención a las mujeres. En igual sentido, se descalifican las estrategias de intervención no profesionales.
- No se reconoce el papel del género en el despliegue o la experimentación de la violencia, tampoco el papel de la opresión y el sexismo en las formas de conducta y pensamiento de hombre y mujeres.
- Quienes prestan servicios ponen más atención al recurso de la distancia que al de la relación o cercanía. Para ello utilizan por ejemplo, gabachas, jerga técnica, escritorios mediadores, entre muchos otros elementos que ubiquen al prestatario(o) en un lugar diferente al de la mujer.

Estos modelos comenzaron a ser cuestionados por las voces de las propias mujeres y también por la influencia de los movimientos sociales reivindicativos de los derechos humanos en la teoría y la práctica científica.

En los modelos alternativos se evidencia la necesidad de revisar los presupuestos ontológicos, metodológicos y éticos. De esta forma, se postula:

- El poder compartido entre el/la profesional y la mujer
- La eliminación del concepto de paciente para la mujer que ha sufrido de violencia basada en género
- Relaciones igualitarias
- Cercanía y no distancia
- Educación vs. Interpretación
- Independencia económica y autonomía de las mujeres
- Análisis de distintos factores de opresión, discriminación y sexismo.

Algunas estrategias de intervención alternativas a las terapias tradicionales para el trabajo con mujeres que experimentan violencia doméstica son:

- Grupos de autoayuda
- Grupos de apoyo
- Encuentros de apoyo
- Talleres de trabajo
- Grupos de trabajo en áreas de interés especial

Existen también en el presente nuevos enfoques psicoterapéuticos que intentan superar las dificultades de los modelos tradicionales en la atención a mujeres VBG. Parten del enfoque de derechos humanos y tienen perspectiva de género un ejemplo de ellos es la Terapia de Sobrevivencia.

La terapia de Sobrevivencia (Walker, 1995) es una reciente modalidad terapéutica que se basa en la teoría del trauma y la teoría feminista. Dentro de sus postulados se encuentran: el enfoque en las fuerzas y no las debilidades de las mujeres víctimas de VBG, la autorevelación, el poder compartido, una aproximación holística y un enfoque en la salud mental positiva. Su propósito es explorar todas las estrategias que las mujeres han utilizado y permitido lidiar con la violencia para construir sobre ellas, otras nuevas que les permitan convertirse en sobrevivientes. El éxito se obtiene cuando la mujer se reempodera, resuelve la mayoría de sus estrategias que no les son útiles en el presente y obtiene el control sobre su propia existencia.

Referencias bibliográficas

Claramunt, Cecilia (1997) propuestas alternativas para la atención de víctimas y sobrevivientes de la violencia intrafamiliar. En: **Memoria Modelos en construcción para la atención integral a la violencia intrafamiliar y el rol del sector salud**. OPS. Programa Mujer Salud y Desarrollo.

Walker, Lenore (1995) *Abused Women and Survivor Therapy*. American Psychological Association. Washington, DC.

3. Grupos de Apoyo

3. Grupos de Apoyo

Modelo de Intervención Grupal para Adolescentes

3.1 Principios:

- **Requisito:** *El abuso debe haberse detenido*

La intervención grupal se dirige a la recuperación de los efectos de la violencia sexual, por lo tanto no se recomienda la inclusión de adolescentes en un grupo hasta haber llevado a cabo un proceso individual que evalúe el problema, el riesgo a la revictimización, la ejecución de planes de seguridad y autoprotección. Es decir, el grupo constituye un paso siguiente al primer nivel de ayuda o intervención en crisis.

- **Propósito:**

Contribuir al empoderamiento de las adolescentes dentro de la familia, frente al ofensor, en la escuela y en grupos de pares.

3.2 Objetivos

- Tener una experiencia de apoyo positivo
- Aprender formas honestas y directas para expresar sentimientos
- Tomar conciencia de las diferencias y similitudes de las familias
- Aumentar autoestima
- Comprender cómo la violencia ha afectado sus vidas
- Tener información acerca de los distintos tipos de abuso
- Aprender que no son responsables del abuso sufrido
- Desarrollar planes auto-protectores
- Comprender que no son las únicas que han sufrido abuso
- Aprender formas creativas para resolver conflictos
- Explorar las pérdidas personales por el abuso
- Compartir experiencias con el grupo y lo que se aprende llevarlo a la familia.

3.3 Papel del Sistema Legal en el Proceso de Empoderamiento

- Resarcir el daño: Penalización del perpetrador
- Reducir el sentimiento de culpa: Ubica la responsabilidad total en el ofensor.
- Reducir sentimiento de impotencia: Toma de decisiones con identificación de consecuencias positivas.
- Reducir sentimiento de estigmatización: La adolescente es tratada con dignidad y respeto.
- Reducir el sentimiento de traición: Visión alternativa de personas que rechazan la violencia sexual contra las adolescentes.

3.4 Consideraciones Generales

Hay diferentes modalidades de grupo, abiertos y cerrados. Los primeros permiten la inclusión de las adolescentes en la medida en que llegan a la institución (posterior al primer nivel de ayuda). Constituyen una buena alternativa para ofrecer información y educar en materia de violencia sexual, derechos humanos, sexualidad, violencia intrafamiliar, abuso en el noviazgo, entre otros temas de particular importancia para las adolescentes.. Sin embargo, tienen la desventaja de que al ser grupos de abierta participación dificultan la cohesión grupal y la continuidad de temas. En este sentido, se recomienda que los procesos individuales de recuperación se lleven a cabo en grupos cerrados. Estos se conforman con un número determinado de participantes que inician y acaban el proceso grupal al mismo tiempo.

La elección de una metodología grupal es una alternativa de intervención elegida recientemente como una forma eficaz de tratar con los efectos de la violencia. Ella:

- Permite una mayor cobertura cuando los recursos son escasos
- Es apropiada para reducir la estigmatización de las víctimas de violencia
- Es apropiada para posibilitar la solidaridad entre las sobrevivientes
- Permite trabajar el concepto “lo personal es político”
- Es un medio apropiado para ofrecer, recibir y compartir educación e información sobre el abuso vs. formas solidarias de convivencia
- Es un recurso ideal para combatir el aislamiento

Se sugiere que la conformación de grupos cerrados para adolescentes se centren en un foco específico de trabajo, es decir, dada las particularidades que reviste el incesto en comparación con la violación por extraños, por ejemplo, es preferible que haya espacios grupales para diferentes tipos de problemáticas.

3.5 Proveedores de Servicios

Antes de comenzar a facilitar un grupo para adolescentes, es necesario que las personas proveedoras de tal servicio:

- Estén capacitadas en asuntos de género y su relación con la violencia sexual
- Tengan entrenamiento especializado en las dinámicas en que se establece el abuso, la vinculación entre diferentes formas de violencia, las consecuencias y las estrategias de recuperación y empoderamiento
- Tengan información y educación acerca de normas éticas para trabajar con violencia, mujeres adolescentes, la normativa legal en que se circunscribe el abuso en el país y la normativa internacional en materia de derechos humanos

Ade más se espera que los proveedores o facilitadores del grupo sean personas:

- Capaces de demostrar empatía y comprensión del problema
- Capaces de escuchar atentamente
- Activas y diligentes en la protección de la vida humana

- Flexibles para movilizar todos los recursos que la sociedad dispone para ponerlos al servicio de las adolescentes que los necesiten.
- Capaces de proporcionar comentarios que incrementen la fe, la autoconfianza, la dignidad, la capacidad y la independencia de las adolescentes que sufren o han sufrido abuso
- Que conozcan las consecuencias de la violencia doméstica y sus diferentes manifestaciones, las estrategias necesarias para superar eventos traumáticos, crisis, pérdidas y duelo.
- Que conozcan los instrumentos y la reglamentación vigente para interponer denuncias y solicitud de medidas de protección.
- En disposición para poner en práctica planes de autocuidado. El enfrentar cotidianamente situaciones dolorosas, traumáticas y muchas veces “macabras” puede afectar a quien presta ayuda. Es necesarios prevenir y atender las necesidades emocionales y espirituales de quienes prestan ayuda en situaciones de violencia.

3.6 Elementos básicos para conformar un grupo cerrado:

- Se sugiere la presencia de dos co-facilitadoras del mismo sexo de las integrantes del grupo, sin embargo puede ser una mujer y un hombre.
- Las integrantes deben tener edades similares que aseguren intereses y sentimientos comunes
- NO se recomienda incluir en un mismo grupo hermanas o personas que vivan juntas
- Máximo ocho integrantes de manera que todas tengan oportunidad de participar.
- El tiempo de las sesiones no debe exceder las dos horas, para evitar perder la dirección.
- Debe crearse un ambiente cálido, que favorezca el establecimiento de confianza y empatía, el espacio físico debe ser apropiado para un grupo en tamaño y comodidad. De igual manera procurar que se realice en un ambiente neutral.
- El grupo de apoyo debe ser una opción que le permita a la/el adolescente elegir según su estado emocional y su preferencias.
- Establezca una relación de horizontalidad, evite posiciones jerárquicas.
- Se deben definir las reglas y normas del grupo, tales como confidencialidad, respeto, responsabilidades, compromisos, etc.
- Se sugiere utilizar un marco conceptual de derechos humanos y perspectiva de género.
- Deben establecerse objetivos específicos para cada sesión, coherentes con los objetivos generales del grupo.
- Se recomienda una duración mínima de 12 a 15 sesiones. Este lapso puede ampliarse anticipadamente dependiendo de los recursos humanos y la demanda de las adolescentes.

3.7 Propuesta de Ejes Temáticos para Grupos de Apoyo

A continuación se presenta una guía de sesiones basada en la teoría de las cuatro dinámicas traumagénicas para la elaboración de un plan de recuperación del abuso sexual infantil.

3.7.1 Grupo de apoyo para adolescentes que han experimentado incesto y abuso sexual en su niñez (pudo haberse prolongado hasta la adolescencia)

Primera Fase: Establecimiento de la cohesión grupal y empatía.

Dos sesiones

- Establecimiento de metas individuales y grupales (jóvenes definiendo sus expectativas y asumiendo responsabilidades)
- Establecimiento del encuadre y las reglas del grupo
- Reducción de la estigmatización (Actividades para aliviar la sensación de ser diferentes y estar aisladas)
- Elaboración de un plan de seguridad y autoprotección

Segunda Fase: Compartiendo información sobre la dinámica del abuso

Tres sesiones

- Educación e Información sobre incesto y abuso sexual: características, dinámicas, prevalencia, consecuencias, etc.
- Derechos humanos de las mujeres y violencia basada en género. Relación entre las distintas manifestaciones de VBG
- Revisión de estereotipos tradicionales acerca de las adolescentes y las mujeres en general.
- Relación entre género y violencia sexual
- Construcción de una nueva identidad femenina.

Tercera Fase: Reconstrucción de la historia de abuso

Tres sesiones

- Compartiendo las historias personales de abuso.
- Comprendiendo el daño y las pérdidas como consecuencia del abuso.
- Exploración y expresión de sentimientos asociados al abuso: explicitarlos y validarlos.
- Revisión y sustitución de estrategias de vida autodestructivas: alcohol, drogas, ideas e intentos suicidas, conducta sexual de riesgo
- Relación con la madre (en situaciones de abuso intrafamiliar): expectativas realistas, comprendiendo la impotencia de la madre frente al abusador
- Revisión del plan de seguridad
- Revisión de alternativas legales y personales para tratar con los agresores. Elaboración de estrategias (Cartas al abusador, por ejemplo)

Cuarta Fase: Recuperación del cuerpo y la sexualidad

Tres sesiones

- Reparación de la sexualización traumática: actividades dirigidas a recuperar el respeto por el propio cuerpo
- Derechos sexuales y reproductivos.
- Autoimagen y autoestima
- Información sobre sexualidad.
- Prevención embarazos, ETS/VIH.
- Diferencia entre sexualidad con consentimiento y sexualidad impuesta.
- Desarrollo de habilidades para toma de decisiones
- Protección y autocuidado del cuerpo y la sexualidad

Quinta Fase: Desarrollo de la Confianza

Tres sesiones

- Reparación de la traición: actividades para establecer un nivel adecuado de confianza en el grupo, el entorno familiar y social.
- Relaciones interpersonales basadas en asertividad y respeto de derechos de otros y otras.
- Solidaridad entre mujeres
- Relaciones familiares sanas
- Amistad y compañerismo
- Señales de peligro en las relaciones de pareja.
- Construcción de relaciones de pareja equitativas.
- Independencia y autoeficacia

Sexta Fase: Cierre

Una o dos sesiones

- Duelo y separación ante la finalización del grupo
- Discusión de metas a corto y mediano plazo
- Discusión de estrategias de solidaridad con otras adolescentes que han experimentado abuso sexual
- Diseño de estrategias de seguimiento para el empoderamiento personal

3.7.2 Grupo de apoyo para adolescentes víctimas de violación

Los ejes de trabajo son similares al del grupo para tratar los efectos del abuso sexual infantil y el incesto. La dinámica de discusión varía ya que se enfoca en la victimización adolescente por novios, amigos y compañeros. Se presta más atención a los mitos que culpan a las adolescentes por la violencia recibida. Es de especial interés la discusión del concepto de consentimiento y de la inequidad en las relaciones de pareja de adolescentes con hombres mayores.

Propuesta de 12 sesiones

1. Introducción al grupo
2. Cultura sobre violencia sexual: Género y violencia basada en género
3. Diferentes formas de explotación sexual: abuso infantil e incesto, violación, violación en citas, violación en el noviazgo, acoso y hostigamiento, prostitución, etc.
4. Mitos en torno a la violación y la sexualidad adolescente
5. Victimización. Efectos de la violencia sexual
6. Compartir experiencias de abuso:
7. Autoestima, independencia y asertividad
8. Sexualidad y Derechos sexuales y reproductivos
9. Prevención de embarazo, ETS y SIDA
10. Relaciones de pareja. Consentimiento y sexualidad positiva vs sexualidad impuesta
11. Solidaridad entre mujeres y estrategias de apoyo con otras sobrevivientes
12. Cierre