



## INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología  
y Enfermería en Salud Mental

### **TERAPIA DE GRUPO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**

Ana M<sup>a</sup> Rico de la Cruz, María de Gracia León Palacios, Laura Merinero Casado

[Ana\\_3187@hotmail.com](mailto:Ana_3187@hotmail.com)

Terapia de grupo, adolescentes, abuso sexual

### **RESUMEN**

El abuso sexual es una de las tipologías de maltrato infantil más frecuentes y que mayores consecuencias a corto y largo plazo tiene para las víctimas. Por lo tanto, es necesario establecer psicoterapias que reconozcan la magnitud del problema y que establezca espacios dedicados específicamente a los menores, en los cuales se les ayuda a elaborar las vivencias traumáticas sufridas. La psicoterapia de grupo se establece como una modalidad de intervención para los menores, ya que junto con la posibilidad de recibir el apoyo de un adulto, puede compartir con sus iguales sus experiencias vividas. El presente trabajo pretende valorar los cambios generados en un grupo de adolescentes que participaron en una terapia grupal de regulación emocional.

Participaron 15 adolescentes, de entre 15 y 18 años de edad. Se realizó una evaluación pre y post grupal (Entrevista clínica, Cuestionario de depresión infantil, Cuestionario de Ansiedad estado-rasgo, Escala de autoestima de Rosenberg). Se llevaron a cabo 12 sesiones de tratamiento de frecuencia semanal y de una hora y 30 minutos de duración. Al finalizar el tratamiento se obtuvo una mejora en todas las escalas. A nivel cualitativo las participantes destacaron la capacidad de poder poner nombre a las emociones experimentadas, el contexto grupal de confianza que se había creado y el sentirse validadas y comprendidas por el resto de participantes. Podemos concluir la eficacia de la terapia de grupo en este contexto, junto con una psicoterapia individual y familiar de forma paralela.

### **INTRODUCCIÓN**

El abuso sexual es una de las tipologías de maltrato infantil más frecuentes y que mayores consecuencias a corto y largo plazo tiene para las víctimas. Los estudios señalan una prevalencia en torno al 23% de las niñas y el 15% de los niños (López, 1996).

## TERAPIA DE GRUPO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Las secuelas a corto plazo son muy frecuentes afectando al 80% de las víctimas, mientras que las secuelas a largo plazo afectan a un 30%. Las consecuencias a largo plazo son más inciertas, si bien hay una cierta correlación entre el abuso sexual sufrido en la infancia y la aparición de alteraciones emocionales o de comportamientos sexuales inadaptados en la vida adulta (Echeburua y Guerricaechevarría, 2011).

Dado que las secuelas de la violencia sexual no se eliminan con la sola interrupción de la misma, el tratamiento que se realice debe asegurar como primer paso la protección de los menores. Tal como señala Malacrea (2000), al tratarse de niños con una larga vida por delante, la calidad de esta supervivencia se hace extremadamente importante. Por lo tanto, es necesario establecer psicoterapias que reconozcan la magnitud del problema y que establezca espacios dedicados específicamente a los menores, en los cuales se les ayuda a elaborar las vivencias traumáticas sufridas. De igual modo, se tiene que tener en cuenta a los familiares no abusadores, los cuales en muchas ocasiones sufren sintomatología propia de un trastorno de estrés postraumático al igual que los menores, no pudiendo, en muchos casos, ofrecer el apoyo necesario a las víctimas. Por todo esto, junto con la psicoterapia individual también es necesario ofrecer una psicoterapia a nivel familiar. Finalmente, de forma complementaria a estas intervenciones orientadas al menor y a su familia, la psicoterapia de grupo se establece como una modalidad de intervención para los menores, ya que junto con la posibilidad de recibir el apoyo de un adulto, puede compartir con sus iguales sus experiencias vividas. Así, junto con la disminución de los sentimientos de vergüenza y estigmatización, el grupo se establece como un rincón en el cual el abuso es reconocido y confirmado explícitamente, a la vez que les permite validar sus vivencias y emociones para comenzar su propio proceso de integración y elaboración.

Un estudio realizado por Pereda (2007), se aprecia como la mayoría de los agresores son figuras paternas (38,04%), miembros de la familia extensa (29,19%) o conocidos de la víctima. En relación a esto, Fonagy (2008) concibe el maltrato intrafamiliar como un trauma en el apego. La investigación ha demostrado que la capacidad de mentalización se ve debilitada en la mayoría de las personas que han experimentado algún trauma. Esta forma de pensamiento rígido, implica la pérdida de diferenciación entre el mundo externo e interno, y tiene como consecuencia que las vivencias postraumáticas o flashbacks, no se reduzcan con palabras y se sientan como peligrosas antes de que puedan ser mentalizadas. Es por eso que los niños, adolescentes y adultos traumatizados se niegan a pensar en sus experiencias, porque pensar en ellas significa exponerse a reviviscencias muchas veces intolerables. (Lacasa, 2014)

En pacientes traumatizados, debido a la naturaleza interpersonal, el grupo terapéutico ofrece un clima apropiado de seguridad, autoestima e intimidad con los demás.

## TERAPIA DE GRUPO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

El grupo da la oportunidad de desarrollar relaciones de confianza y experimentar seguridad interpersonal, lo cual ayuda a mejorar el aislamiento y la alienación que a menudo padecen los niños traumatizados (Shea et al, 2009).

La formulación y la evaluación del tratamiento grupal de regulación emocional se basa en la evidencia emergente de la literatura sobre trauma, memoria y desarrollo. Estudios previos muestran que las dificultades funcionales de los pacientes con historia de abusos sexuales, maltrato y exposición a la violencia, se debían no solo a los síntomas del trastorno de estrés postraumático, sino también a las dificultades de regulación emocional y a problemas interpersonales (Cloitre, 2002). Siguiendo la secuencia de mejorar primero la regulación emocional y las dificultades interpersonales, se consigue también una estabilización de los síntomas y se disminuyen las resistencias, favoreciendo el establecimiento de una buena alianza terapéutica (Cloitre, 2004). El tratamiento aporta elementos para reducir estos modos de vivenciar la realidad psíquica como son: el encuadre contenedor, la integración entre pensamiento y emoción, entre mundo externo e interno, la regulación de la experiencia emocional... Además el grupo permite observar cómo cada participante tiene un mundo interno y cómo cada participante tiene sentimientos e ideas propios y actúa llevado por ellos. El grupo permite explorar tanto lo común como lo diferencial.

El "hablar" sobre una situación que se ha mantenido en secreto permite en primer lugar salir del aislamiento. Las aportaciones de cada uno de los miembros del grupo permiten revivir la experiencia pero en un contexto en el que los mecanismos de disociación o negación ya no son necesarios. El contexto grupal facilita también la discusión sobre temas de sexualidad y posibilita al terapeuta la observación de la relación entre iguales. (Petitbó, 2004).

El presente trabajo pretende valorar los cambios generados en un grupo de adolescentes que participaron en una terapia grupal de regulación emocional.

### MÉTODO

#### Participantes

Participaron 15 adolescentes (2 chicos y 13 chicas) de edades comprendidas entre los 16 y 18 años, siendo la media de edad de 17 años y medio. Destacar que durante la intervención no se produjo ningún abandono.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: Adolescentes víctimas de violencia sexual.

## TERAPIA DE GRUPO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Los diagnósticos que presentaban eran los siguientes: Trastorno de estrés postraumático, Trastornos disociativos, Trastorno de conducta, Problemas psicosomáticos, Trastornos de pánico con o sin agorafobia, Trastorno depresivo, Rasgos anómalos de personalidad. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: Discapacidad intelectual, Trastorno psicótico activo y Trastornos graves de conducta.

### Instrumentos

- Entrevista clínica individual y con los familiares y/o contexto relacional más cercano.
- Cuestionario de depresión infantil CDI (Del Barrio y Carrasco, 2004). Se trata de un instrumento autoaplicado, que consta de 27 ítems. Es uno de los instrumentos más usados para medir la depresión infantil, mostrando un comportamiento muy sólido desde el punto de vista psicométrico. En muestras de la población general se observaron valores de alfa de Cronbach entre 0,75 y 0,94. La fiabilidad test-retest se encontró entre 0,83 en el intervalo de una semana y de 0,84 en el intervalo de dos semanas. En muestra de población clínica, se encontraron valores de alfa de Cronbach de 0,71 y 0,89 y la fiabilidad test-retest osciló entre 0,87 en el período de una semana y de 0,54 en el período de seis meses.
- Cuestionario de ansiedad estado-rasgo en niños (Spielberger, 1973). Es un instrumento autoaplicado que consta de 20 ítems. Tiene un alfa de Cronbach de 0,70. El cuestionario STAIC consta de dos partes: Una primera escala que mide los estados transitorios de ansiedad y una escala rasgo para evaluar la tendencia a mostrar estados de ansiedad generales.
- Escala de autoestima de Rosenberg, EAR (Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón, 2004). Consta de 10 ítems tipo Likert para evaluar la autoestima. Está adaptada al español teniendo unas propiedades psicométricas adecuadas. Posee un alfa de Cronbach de 0,87 y una fiabilidad test-retest de 0,72
- Encuesta autoelaborada para medir los cambios autopercebidos, la satisfacción con el grupo y las posibles líneas de cambio y mejora. Este cuestionario consta de 5 ítems: ¿Qué he aprendido del grupo?, ¿En qué aspectos he cambiado desde que acudo a la psicoterapia de grupo?, ¿Qué es lo que más me ha ayudado el grupo?, ¿Qué aspectos cambiaría o eliminaría del grupo?, ¿Qué aspectos añadiría o ampliaría del grupo?

### Procedimiento

El grupo fue realizado por una psicóloga clínica. La terapeuta guiaba el grupo y tenía como principal objetivo el de enlazar los temas y estimular la participación y la relación entre los miembros del grupo.

## TERAPIA DE GRUPO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Se llevaron a cabo 12 sesiones de tratamiento de frecuencia semanal y de una hora y 30 minutos de duración. Las sesiones fueron semidirigidas, se proponen ejercicios específicos y la terapeuta fomenta en todo momento tanto la clarificación y asociación de los aspectos trabajados, como la reflexión sobre la conducta propia y de los otros. Se estimula siempre la autoobservación y la observación de las conductas de los otros.

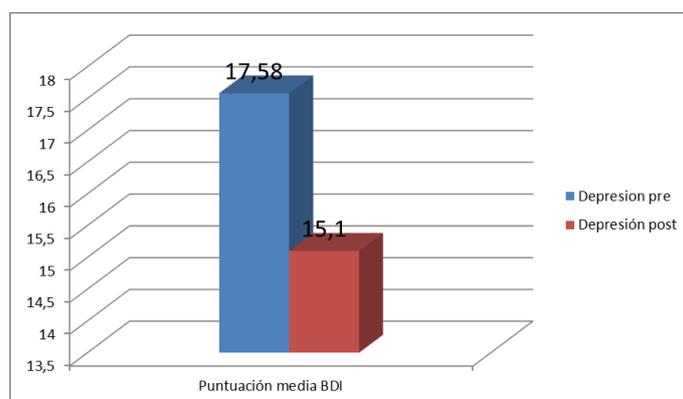
El grupo se estructuró en tres bloques, siguiendo el manual de Lacasa et al, 2014: Reconocimiento y verbalización de las emociones (sesiones 1 a 4); 2) Aprender a manejar las emociones (sesiones 5 a 8); 3) Relacionarse bien con los demás (sesiones 9 a 12).

### Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de los datos.

## RESULTADOS

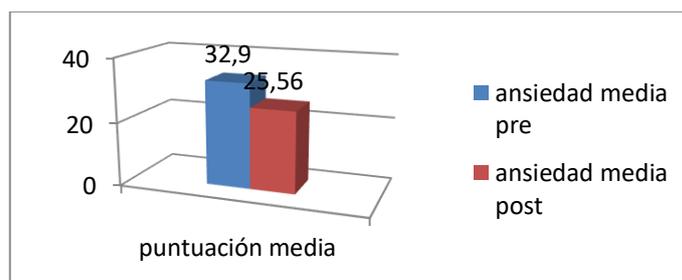
Tal y como se observa en la gráfica número 1 en el CDI inicial se obtuvo una puntuación media de 17,58 n=15, disminuyendo a 15,1 n=15, al finalizar el grupo. En 13 adolescentes se produjo una disminución de los síntomas de depresión, mientras que en 2 se mantuvo la misma puntuación.



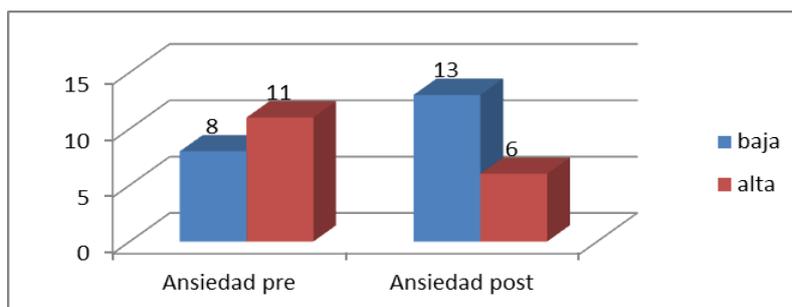
Gráfica 1: Puntuación media pre y post intervención en la escala de depresión.

En cuanto a los resultados en la variable ansiedad, en el STAIC-R previo a la intervención grupal surgió una puntuación media de 32 n=15, decreciendo a 25 n=15, al finalizar el grupo (Gráfica 2). En 14 adolescentes disminuyó la ansiedad-rasgo mientras que en 1 aumentó. Por tanto con anterioridad a la intervención 11 pacientes de 15 superan punto corte de 30 puntos en el STAIC rasgo que valora la existencia de ansiedad patológica y tan solo 1 paciente lo superan tras el grupo (gráfica 3).

## TERAPIA DE GRUPO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL



Gráfica 2: Puntuación media pre y post intervención en la escala de ansiedad.



Gráfica 3: Número de pacientes con ansiedad baja o alta en la escala de ansiedad estado-rasgo antes y después de la intervención.

A nivel cualitativo, todas las participantes destacaron la mejoría subjetiva experimentada, aspecto corroborado en todos los casos por sus familiares. De igual modo, destacaron como elementos que más les habían ayudado el poder poner nombre a las emociones experimentadas, el contexto grupal de confianza que se había creado y el sentirse validadas y comprendidas por el resto de participantes. Como aspectos a mejorar, señalaron la necesidad de continuar con las sesiones, pudiendo ampliar el grupo a un mayor número de sesiones.

### CONCLUSIONES

Las personas que han sido víctimas de abuso sexual tienden a establecer relaciones interpersonales definidas desde la lógica del abuso, ya sea exponiéndose a nuevas victimizaciones, o bien, abusando de otros. Por lo tanto, el grupo permite establecer relaciones no abusivas. Desde la victimización son posibles tres alternativas complementarias: adoptar una postura más bien sumisa, que privilegia el bienestar del otro en desmedro de las propias necesidades; adoptar una postura más bien defensiva y desconfiada frente a otros, con una gran dificultad para establecer relaciones de intimidad; adoptar una postura manipuladora como forma de controlar al otro y conseguir lo que se desea.

## TERAPIA DE GRUPO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

En este sentido el grupo ayuda a protegerse a las personas de nuevas victimizaciones a través de tres elementos: recuperación de claves de confiabilidad en otros que permitan discriminar relaciones abusivas y no abusivas; conciencia y valoración de las propias necesidades y derechos; manejo adecuado de los límites interpersonales en distintos ámbitos de relación.

Otro aspecto relevante, es que a pesar de que la estructura de un grupo cerrado promueva la intimidad y cohesión entre sus participantes, el encuadre de doce únicas sesiones impresionó breve y un poco rígido como para ajustarse a la elaboración personal de las historias traumáticas de cada una de las adolescentes. Por lo tanto, para próximos grupos terapéuticos puede ser interesante ampliar la duración de la psicoterapia grupal. De igual modo, teniendo en cuenta que se trata de un grupo con una estructura predeterminada para cada sesión, se debe de tener cuidado de no convertir el mismo en un grupo psicoeducativo únicamente o en un taller. Es imprescindible tener en cuenta que se trata de un grupo psicoterapéutico y como tal, se debe de hacer hincapié en los aspectos personales de cada una de las adolescentes, más que sobre el desarrollo o cumplimiento del programa sesión por sesión, no viéndose el terapeuta en la obligación de cumplir el formato de forma rígida y programada.

En relación a esto último, no es posible identificar si la psicoterapia grupal es más efectiva que la psicoterapia individual o viceversa, puesto que son intervenciones terapéuticas necesarias y complementarias dentro de un tratamiento para este tipo de casos, teniendo cada una beneficios y especificidades. En particular, en la psicoterapia de grupo destaca como uno de los beneficios principales la creación de un contexto relacional propio que permite romper la conspiración de silencio que conlleva toda situación de violencia sexual, en especial aquella de carácter intrafamiliar. Tener un espacio propio donde no sólo hay un adulto sino también otros iguales, que pueden contener las vivencias traumáticas sin enojarse ni desbordarse, es una experiencia reparadora y que permite ir estableciendo un modelo de autorregulación emocional. Así pues, el establecimiento de un clima de confianza y respeto en el cual se puede narrar las experiencias traumáticas de forma sincera, respetuosa y abierta, fue un aspecto esencial en el proceso psicoterapéutico. Al contrario del silencio, el cual se relaciona con la negación, vergüenza y evitación, el poder expresar lo vivido y sentido permite confirmar sus vivencias y sus sentimientos y emociones asociadas a dichas experiencias. Ese reconocimiento de los demás, les permite la confirmación y validación de sus emociones, como un paso previo para ir elaborando e integrando las experiencias y poder contener cada una sus emociones e ir reparándose.

## TERAPIA DE GRUPO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

### BIBLIOGRAFÍA

1. Cloitre, M., Koenen, K. C. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of consulting and clinical psychology, 70* 1067-1074.
2. Cloitre, M., Stovall-McClough, K. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology, 72* 411-416.
3. Del Barrio, V. y Carrasco, M.A. (2004). *Inventario de depresión Infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
4. Fonagy, P. and Bateman, A. (2008) The development of borderline personality disorder- A mentalizing Model. *Journal of personality disorder, 22*, 4-21.
5. Guerricaechevarria, C. y Echeburúa, E. (2011). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores: un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
6. Lacasa, F., Álvarez, M., Navarro, M., Ortíz, E. y Richart, T. (2014). *Tratamiento grupal de regulación emocional e interpersonal para niños y adolescentes*. Barcelona: Ediciones San Juan de Dios.
7. López, F. (1996). *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
8. Malacrea, M. (2000). *Trauma y reparación: El tratamiento del abuso sexual en la infancia*. Barcelona: Paidós.
9. Morejón, A. J. V., García-Bóveda, R. J. y Jiménez, R. V. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología, 22*, 247-255.
10. Pereda, N. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child abuse y neglect, 31*, 417-426.
11. Shea, M., T. McDevit-Murphy., Ready, D.J. (2009) Group Therapy. En Edna B. Foa, Terence M. Keane, Matthew J. Freedman, y Judith A. Cohen (Eds.), *Effective treatments for PTSD: practice guideline from The International Society for Traumatic Stress Studies* (2<sup>nd</sup> ed., p. 306-326). New York: Guilford Press.
12. Spielberg, C. (1973). STAIC, State trait Anxiety Inventory for Children. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.