

153
2 es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

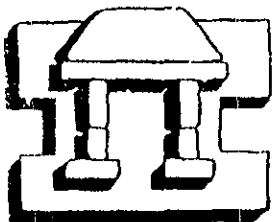
APOYO DE EMERGENCIA A PERSONAS VIOLADAS: PARTICIPACION DEL (LA) PSICOLOGO(A)

TESINA PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA PRESENTA MIRTA CLAUDIA MEJIA ORTEGA

Director de la Tesina: Lic. José Esteban Vaquero Cázares

Sinodales. Lic. Edy Avila Ramos

Lic. Angel Enrique Rojas Servín



IZTACALA

Los Reyes Iztacala 1998

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

264455



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Este trabajo tiene un enorme significado profesional y personal para mí, pues constituye la conclusión de un ciclo que me permitirá abrir y cerrar otros más en el curso de mi vida.

Como profesional y ser humano he aprendido que cada persona se merece realizar los proyectos que se ha planteado en su vida, y yo no quiero ser la excepción.

Deseo expresar mi agradecimiento a las personas que apoyaron y permitieron la consecución de este proyecto con su motivación, reflexión y cuestionamientos.

A ti mamá, por ser una mujer con gran fortaleza que me ha enseñado que las mujeres podemos participar activamente en el hogar y fuera de él de manera satisfactoria; gracias por apoyar mis decisiones.

A ti papá, que siempre me has acompañado en la lectura de mi vida, aunque físicamente ya no te encuentres presente.

A ti Raúl, compañero comprensivo y respetuoso de mis ideas, por tu amor y presencia en los momentos más importantes para mí.

A ti Raulito, mi hijo adorado y adorable, porque con tus preguntas y respuestas me has hecho plantearme y replantearme mi posición en el mundo.

A ustedes hermanos y hermanas, Luis, María Esther, Rosa, Miguel, Patricia, Francisco, Alfredo, Maritza; muy especialmente a Verónica por haber demostrado ser una mujer valiente e íntegra, sirviéndome de impulso para iniciar, mantener y concluir este trabajo, así como a Carmen por acompañarme en mi función de madre al cuidar de Raulito para que yo pueda ejercer mi profesión y pudiera realizar esta tesis.

A Gabriela, Laura, Abigail y Clara, porque desde su cercanía y su distancia siempre han sido excelentes compañeras y amigas, respetándome y apoyándome.

A mis compañeros del Programa De Joven a Joven, Leticia, Sandra, Guillermina, Rodrigo, Alejandro, Judith, Gabriela, Marta, Arcelia, Silvia, Elena, Luz y Aureliano, por compartir conmigo una actitud ante la vida que me estimuló para concluir este proyecto.

Marta Vidales, aprecio mucho tu cooperación y solidaridad conmigo en estos momentos.

A los grupos que me abrieron amistosamente sus puertas para la realización de este trabajo: ADIVAC, COVAC y AVISE; así como a mis compañeras del proyecto Inicial de las Agencias Especializadas y Atención a Víctimas, particularmente a Rosarlo.


A Patricia Valladares, por motivarme en el comienzo de este proyecto.

A Esteban Vaquero, por ser un profesor que permanece en la memoria de los estudiantes al desempeñar de manera comprometida tu función docente y respetar el desarrollo profesional de los egresados. Tus comentarios y sugerencias han sido muy valiosos para mí.

A Edy Avila y Enrique Rojas, por su colaboración.

A todas aquellas personas que han contribuido a mi formación integral.

Mirta Claudia.



**Apoyo de Emergencia a Personas Violadas:
Participación del(la) Psicólogo(a)**

Índice	Página
Resumen	3
Introducción	4
Capítulo 1: Aspectos Generales de la Violación	7
1.1 Antecedentes	7
1.2 Definición	9
1.3 Marcos Explicativos	11
1.4 Incidencia de la Violación	14
1.5 Consecuencias de la Violación	20
1.6 Resumen del Primer Capítulo	29
Capítulo 2: Apoyo de Emergencia a Personas Violadas.	
Principales Centros de Atención	30
2.1 Definición de Apoyo de Emergencia	31
2.2 Antecedentes del Apoyo de Emergencia a Personas Violadas	33
2.3 Centros de Atención a Personas Violadas	37
2.3.1 Colectivo de Lucha contra la Violencia hacia las Mujeres (COVAC). La Primera Experiencia	38
2.3.2 Agencias Especializadas en Delitos Sexuales, Primera Participación del Estado.	40
2.3.3 Programa de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (AVISE). La Participación de un Partido Político	43
2.3.4 Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV) Iniciativa Universitaria de Vinculación con el Estado.	45
2.3.5 Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, A.C. (ADIVAC).	47
2.3.6 Fundación para la Atención a Víctimas de Delitos y Abuso del Poder I.A.P. (FAVI).	49
2.4 Resumen del Segundo Capítulo	51

Índice	Página
Capítulo 3. Apoyo Psicológico de Emergencia a Personas Violadas	52
3.1 Marcos Conceptuales y Metodológicos	52
3.1.1 Estrés Postraumático	53
3.1.2 Enfoque Psicoanalítico	53
3.1.2.1 Estrategias de Apoyo Psicológico a Personas Violadas desde el Enfoque Psicoanalítico	54
3.1.3 Intervención en Crisis	56
3.1.3.1 Estrategias de Apoyo Psicológico a Personas Violadas desde el Enfoque de Intervención en Crisis	65
3.1.4 Enfoque Cognitivo Conductual	71
3.1.4.1 Estrategias de Apoyo Psicológico a Personas Violadas desde el Enfoque Cognitivo Conductual	73
3.2 Lineamientos para el Apoyo de Emergencia a Personas Violadas	78
3.2.1 Características de la Interacción entre el(la) Psicólogo(a) y la Persona que Recibe el Apoyo Psicológico de Emergencia	78
3.2.2 Habilidades para Proporcionar Apoyo Psicológico de Emergencia a Personas Violadas	80
3.3 Resumen del Tercer Capítulo	90
Conclusiones	91
Bibliografía	98
Anexo 1: Derechos Humanos	105
Anexo 2: Derechos de las Víctimas	115
Anexo 3. Directorio de Instituciones de Atención a Personas Violadas	121
Anexo 4. Procedimientos Médico - Legales que Involucra una Denuncia por Violación	123

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo exponer las características del apoyo de emergencia proporcionado en algunos de los centros de apoyo a personas violadas del Distrito Federal y de área conurbada, destacando la participación que en ellos ha tenido el(la) psicólogo(a); así como presentar y analizar los marcos conceptuales y metodológicos del apoyo psicológico de emergencia a personas violadas. Para cumplir el objetivo se contextualiza el tema exponiendo los aspectos generales de la violación, tales como: definición, incidencia, marcos explicativos y consecuencias; se define el apoyo de emergencia y se describen los tipos y características de los apoyos proporcionados en los diferentes centros. Finalmente se presentan y analizan las estrategias y habilidades útiles en la primera ayuda psicológica a personas violadas.

INTRODUCCIÓN

La violencia se ha conceptualizado desde siempre como un problema que ha formado parte de la convivencia social. El uso y abuso del poder en las relaciones humanas se ha manifestado para la defensa e invasión de territorios, espacios económicos y comerciales o de los derechos civiles; en todos los casos los resultados de tales enfrentamientos violentos han sido concilios, reglamentos o rompimientos de relaciones.

Sin embargo, existe un tipo de violencia que ha permeado cualquier momento histórico de la humanidad, la violencia hacia la mujer (o cualquier otro hombre concebido inferior), la cual no era visualizada como problema, dado que formaba parte de las relaciones humanas cotidianas y era justificada desde la óptica masculina del mundo.

Es hasta que las mujeres comienzan a socializar su propia visión de este mundo tan masculinizado que la violencia física, emocional y sexual, vivida con angustia por la mujer desde su intimidad, sale a la luz pública como un problema político social.

De este modo, la violación sexual que antes era vivida por las mujeres como un problema personal y privado, en el que "probablemente" ella había cooperado de alguna manera (por su modo de vestir, por pasar por ese lugar, por no obedecer, por ser mujer), actualmente comienza a vivirse como un problema público provocado por la educación de género que ha recibido y reproducido la sociedad; como un problema en el que la mujer (quien es la víctima en la mayoría de los casos) no desea, ni provoca, ni merece ser violada; y el violador es un transgresor de los derechos humanos de esa mujer -u hombre, niño, niña- sometida por él.

Tal transición en la conceptualización de la violencia ha estado antecedida del análisis, reflexión y movimientos de mujeres realizados en todos los países del mundo, basados en el cuestionamiento de los papeles masculino y femenino en la sociedad. Es a través de estas acciones como ha crecido y se ha fortalecido el conocimiento de las características de la violencia sexual, causas y consecuencias, y se han impulsado políticas sociales de prevención y tratamiento a víctimas.

En México, la lucha contra la violencia hacia la mujer fue encabezada por agrupaciones civiles de mujeres y algunos hombres feministas; grupos que no sólo impulsaron el desarrollo de un marco conceptual de la violencia sexual, sino que de manera solidaria y entusiasta brindaban apoyo emocional a personas violadas.

Algunos años después, ante la presión de estos grupos feministas se hacen modificaciones al código penal respecto al delito de violación y otros delitos, antes denominados "sexuales", actualmente llamados "contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual"; y posteriormente se crean las Agencias de Ministerio Público Especializados en Delitos Sexuales de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, creándose el primer centro de apoyo a personas violadas de tipo gubernamental.

De manera paralela se realizan investigaciones científicas sobre las secuelas postviolación y formas de tratamiento a personas violadas, así mismo de la importancia de las diferentes redes de apoyo de emergencia a las víctimas en la reducción de tales secuelas.

En cada uno de los Centros de Apoyo, sea gubernamental o no gubernamental, se intenta ofrecer una atención integral, dado que los resultados de las investigaciones han demostrado que la violación es un evento altamente estresante que provoca en la víctima diversas reacciones emocionales, somáticas y sociales; por lo que es importante que reciba un trato profesional y sensible por parte del personal que labora en dichos centros.

El presente trabajo tiene como objetivo exponer las características del apoyo de emergencia proporcionado en los diferentes centros de apoyo del Distrito Federal y área conurbada, resaltando la participación que en ellos ha tenido el(la) psicólogo(a); así como presentar y analizar los marcos conceptuales y metodológicos del apoyo psicológico de emergencia a personas violadas; definiéndose los lineamientos generales y habilidades requeridas en el(la) psicólogo(a) durante la primera ayuda a personas violadas.

Para conseguir tal objetivo en el primer capítulo se contextualiza el tema presentando los aspectos generales de la violación, tales como sus antecedentes, su definición, incidencia, marcos explicativos y consecuencias.

En el segundo capítulo se define el apoyo de emergencia y se describen los tipos y las características del apoyo proporcionado en los diferentes centros.

Finalmente, en el tercer capítulo se presentan los marcos conceptuales y metodológicos del apoyo de emergencia a personas violadas analizándose las estrategias y habilidades útiles en la primera ayuda psicológica a sobrevivientes de la violación.

Para complementar el abordaje psicológico de la atención a personas violadas se incluyen cuatro anexos sobre Derechos Humanos, Derechos de las Víctimas, un Directorio de Instituciones especializadas y los procedimientos médico – legales que involucran una denuncia por violación.

CAPÍTULO 1

ASPECTOS GENERALES DE LA VIOLACIÓN

1.1 Antecedentes

La violencia es un fenómeno social que ha recibido diversos tratamientos por diferentes instancias, desde organizaciones civiles y gubernamentales hasta las dedicadas a la producción de conocimiento.

En general, la violencia se ha definido como aquella conducta o conjunto de conductas cuya intención es producir un daño físico o psicológico a otra persona (Bandura y Ribes, 1977; Goldstein, 1978); es un problema en el que todos los miembros de la sociedad están involucrados, pues es a través de las relaciones entre ellos como se ha conformado y reproducido. Para Goldstein (1978), la violencia constituye un continuo en el que cualquier conducta puede tener su dosis de agresividad; de este modo, en un extremo se encuentran aquellos actos sin aparente intención hostil, pero que dañan a otra persona (por ejemplo ignorar al otro), y en el extremo contrario, los que provocan su muerte o daño permanente.

Cuando la violencia involucra un acto de tipo sexual, es posible encuadrarla en el continuo señalado anteriormente, de modo que en el inicio se encontrarían las agresiones verbales de contenido sexual a las que regularmente las mujeres se enfrentan en la calle, transporte público, etcétera, siguiendo el hostigamiento sexual, la coerción laboral o educativa y, al final, en el otro extremo la violación (Valladares, 1989; Bedolla, 1986).

Al producirse algún tipo de agresión, existe una tendencia general a devaluar a la víctima del ataque, es decir, el agresor (y en muchos casos el resto de la sociedad) maneja suficientes argumentos que colocan a la víctima en un plano inferior a él y le permiten justificar nuevos ataques; si ésto sigue repitiéndose es muy probable un incremento en la cantidad e intensidad de la estimulación aversiva (Goldstein, 1978; Bandura, 1982).

De este modo, cuando se trata de una violación no es casual que el agresor sea generalmente un hombre y el objeto de la agresión sea una mujer; pues a lo largo de la historia el hombre ha asumido su superioridad sobre la mujer, argumentada por la trascendencia de sus acciones basadas en la fuerza de su cuerpo y la agudeza de su inteligencia que le ha permitido dominar a lo que le rodea (sea la tierra, las herramientas de trabajo, o bien a otros hombres), incluyéndola a ella, quien no ha "debido" más que cumplir con los roles a los que se le ha ligado por su constitución biológica, como la maternidad y la crianza; es decir, se le ha recluso en un mundo "privado", donde nada le pertenece, ni su propio cuerpo. Ella ha sido sólo un instrumento que provee al hombre y a la sociedad de los satisfactores básicos para la sobrevivencia y bajo la tutela de él (De Beauvoir, 1989, Brownmiller, 1981).

Es en este contexto donde la violación aparece como una forma que el hombre utiliza para ejercer esa "superioridad", haciendo uso del cuerpo de la mujer, que al fin y al cabo, también le pertenece a él.

Es necesario aclarar que hasta el momento se ha hablado de un hombre y una mujer genéricos; pero no todos los hombres violan, ni todas las mujeres son violadas. Es el conocimiento del problema de la violación; partiendo de la propia definición del mismo, lo que permitirá entender esa diferencia asimétrica, así como establecer medidas para su prevención y tratamiento.

1.2 Definición

La violación es un problema psicosocial, cuyo estudio, prevención y tratamiento, se han analizado desde diferentes disciplinas, tales como el Derecho, la Sociología, la Psicología, etcétera.

En el área del Derecho o Legal, la violación es uno del conjunto de Delitos contra la Libertad y el Normal Desarrollo Psicosexual, que se encuentra especificado en los artículos 265 y 266 bis del Código Penal; implica el que un individuo por medio de la violencia física o moral, realice cópula con una persona sin la voluntad de ésta, sea cual fuere el sexo.

La cópula es el acceso o penetración del miembro viril o pene en la cavidad vaginal, anal o bucal, independientemente de su sexo (PGJD.F, 1990).

La punibilidad o calidad y grado del castigo a quien comete el delito es diferencial según la edad de la víctima, el número de agresores (violación individual o tumultuaria), o si se introduce vaginal o analmente un instrumento distinto al miembro viril (PGJDF, 1990).

Es importante señalar que la denominación de la violación como un delito que atenta contra la libertad y normal desarrollo psicosexual del individuo, es el resultado del trabajo de reflexión y discusión, así como de las propuestas que diversos grupos y personas feministas, particularmente aquellos especializados en la materia legal han realizado (CAMVAC, 1983; Toto, 1985; González Ascencio, 1993).

Desde un enfoque Social Feminista, Bedolla (1986), la define como un acto por medio del cual una persona dispone sexualmente de otra sin su consentimiento, haciendo uso de la fuerza física, la intimidación o el engaño, a esto el CAMVAC (1983) agrega: "la violación sexual contra las mujeres constituye una de las tantas formas de someterlas, sí, pero la más brutal, de obligar a un individuo a soportar un trato humillante, degradante y de uso común para legitimizar la superioridad del otro" (pág. 67)

Ambas definiciones feministas, principalmente la primera, amplían la concepción de la violación a otros delitos, tales como los nombrados jurídicamente (Art. 264 y 267 del Código Penal, cit. en PGJDF, 1991) como Estupro y Abuso Sexual, no limitándola sólo al contacto genital agresor-víctima, sino extendiéndola a otras zonas propias de la sexualidad e intimidad del individuo. Además, desde esta perspectiva se considera a la violación un acto de violencia por parte del violador, aún cuando tenga que ver con la sexualidad de la víctima.

En el área de la Psicología se dispone de la definición de Veronen y Kilpatrick (1985), la cual expone a la violación como cualquier actividad sexual no consensuada que se ha alcanzado mediante la coerción, la amenaza de utilizar la fuerza o el uso de la fuerza, coincidiendo con la concepción Social Feminista del evento.

1.3 Marcos Explicativos

Aunque se defina como acto sexual en el área Legal, diversos estudios han llevado a concluir que la violación es más una expresión de violencia y de devaluación de la persona agredida que una relación sexual en sí (Goldstein, 1978; CAMVAC, 1983, Masters, Johnson y Kolodny 1987).

Esta conceptualización se extiende a la etiología del problema, la cual depende del enfoque bajo el que se trabaje, como se verá a continuación

Desde una visión Social-Feminista se retoma el enfoque del materialismo histórico, en el que se presupone una división de la sociedad en clases y géneros, donde existe un opresor y un oprimido. Genéricamente existe discriminación hacia la mujer, quien ocupa una posición subordinada con respecto al hombre; es decir, a ella se le concibe como un ser débil, abnegado, dependiente, en tanto que a él se le considera como fuerte, agresivo y poderoso (Ferreira, 1989; CAMVAC, 1985).

Es en este contexto clasista y sexista donde se manifiesta la violación como la forma más brutal de sometimiento de la mujer por el hombre (CAMVAC, 1985), cuya existencia y mantenimiento son debidos a la aceptación rígida y exagerada de los roles masculino y femenino, así como a los mitos que se han creado para justificarla, por ejemplo, que la mujer es quien provoca la violación, la sexualidad del hombre es incontrolable, etcétera. (Valladares, 1989).

En un punto de vista psicológico, básicamente Cognitivo Conductual, la violación constituye una situación de estimulación negativa extrema, inesperada e incontrolable en la que la víctima corre el riesgo de perder su vida (Kilpatrick y Veronen, 1985; Meichenbaum, 1988; Valladares, 1989).

Al igual que en la visión Social Feminista, en la aproximación Psicológica la violación es la expresión extrema de la violencia sexual, la cual se inserta en un contexto histórico social, reconociendo la asimetría en las relaciones hombre-mujer, adulto-niño y el ejercicio de poder involucrado en ella. Los roles de género que configuran esta desigualdad son aprendidos de los padres y las personas significativas que rodean al ser humano en su infancia, son ellos quienes modelan y moldean su comportamiento e influyen en sus expectativas (Veronen y Kilpatrick, 1985; Masters, Johnson y Kolodny, 1987; Valladares, 1989).

De este modo, el niño aprende el criterio con que debe abordar su propio cuerpo y el de los otros. La formación de estereotipos genéricos, es decir, la exageración y contraposición de los roles de género, crea mitos en cuanto a las diferencias sexuales, llegando al extremo de concebirse ideas irracionales de que los hombres deben ser imperativos, agresivos y poco expresivos de los afectos positivos, en tanto que las mujeres deben ser sumisas, románticas y débiles. Tales mitos son reforzados por los medios masivos de comunicación, los cuales influyen y perpetúan las actitudes populares hacia los sexos (Masters, Johnson y Kolodny, 1987; Delfin, 1990).

Es así como las mujeres aprenden que su cuerpo no les pertenece del todo y los hombres a apropiarse del cuerpo de la mujer, como una extensión más de sus dominios, rompiendo los límites entre su espacio corporal y el de ellas.

Sin embargo, lo anterior es sólo una hipótesis general de la existencia de la violación como un instrumento de algunos hombres para demostrar su superioridad sobre la mujer. Para ampliar esta explicación y con el propósito de elaborar un perfil del violador que permita tomar medidas preventivas al respecto, se realizan estudios tipológicos en el área psicológica.

Así, algunos autores (Groth, 1979, cit. en Masters, Johnson y Kolodny, 1987; Robles, 1990) establecen como principales características del hombre violador las siguientes:

- a) Poseen deficiencias en su competencia social y sexual, es decir, carecen de habilidades para establecer relaciones interpersonales, así como sexuales, de manera socialmente adecuada.
- b) Prefieren las relaciones sexuales con violencia, no haciendo uso del intercambio de afectos positivos.
- c) Son sujetos que expresan actitudes de desprecio a las mujeres y un marcado desconocimiento de la respuesta sexual femenina.
- d) Presentan dificultades para discriminar las señales emocionales de las mujeres.
- e) Son reincidentes.

Aún no se ha llegado a conclusiones definitivas sobre las características psicosociales del violador, pues las investigaciones realizadas hasta el momento han tenido como sujetos de estudio a violadores identificados, que además se encuentran recluidos en algún Centro de Readaptación Social, o bien, no son denunciados legalmente pero asisten a psicoterapia por su autoobservación y deseo de cambio (Valladares, 1989).

De este modo, es difícil hacer generalizaciones y elaborar un perfil único del individuo que ejerce una agresión sexual. Sin embargo, grupos e investigadores interesados en el tema, principalmente del área psicosocial, continúan realizando actividades y estudios encaminados a ampliar su comprensión, para lo cual se retoman algunos informes sobre las denuncias de violaciones, entre los que se encuentran los que se exponen a continuación.

1.4 *Incidencia de la Violación*

El conocimiento de la frecuencia con que ocurren los actos de violencia sexual, así como de las características del agresor, la víctima y el contexto del ataque, permite el rompimiento de los mitos generados en torno al problema, así como la sensibilización de la sociedad y la implementación de estrategias de prevención y tratamiento integral, principalmente a las víctimas, quienes hasta hace pocos años difícilmente presentaban la denuncia de las violaciones sexuales de que eran objeto, por temor a una revictimización en las Agencias del Ministerio Público.

En México se carecía de datos reales sobre las agresiones sexuales hasta antes de 1989. Según informes de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF), en el período de 1975 a 1981 se habían consumado de 744 a 917 violaciones e intentado de 64 a 216 ataques en dicha entidad (González, 1989); en 1988 la misma institución reporta la denuncia de 1051 violaciones (Alcántara, 1988).

Un estudio exploratorio que comprendió los meses de junio a noviembre de 1990, menciona que en el Distrito Federal se denunciaron 1592 casos de delitos sexuales, de los cuales 763 correspondían a violaciones y 191 a tentativas de violación (PGJDF, 1991). Sin embargo, existe la hipótesis de que estos números no correspondan a la incidencia real. Al respecto, Ruiz (citado en González, 1989) considera que los casos denunciados corresponden sólo a un pequeño porcentaje del número total de agresiones.

En lo referente a las características de los ataques sexuales, el CAMVAC (Centro de Apoyo a Mujeres Violadas, A.C.), actualmente disuelto, realizó un análisis de las características de las personas que asistieron a dicha asociación, tanto en el Distrito Federal como en Estados de México y de Hidalgo, de septiembre de 1982 a marzo de 1983 (CAMVAC, 1983, 1985).

En la PGJDF se llevó a cabo un estudio victimológico, comprendiendo los meses de enero a junio de 1984 (Sabido, 1984); y de febrero a julio de 1988 la misma institución realizó una investigación de campo sobre víctimas de delitos sexuales (Rodríguez y Tocaven, 1988); encuestándose a 380 y 317 víctimas en cada estudio, respectivamente.

En el estudio exploratorio de 1990 citado arriba (PGJDF, 1991), se analizaron 20 variables referentes a frecuencia de delitos sexuales, así como a aspectos particulares de la comisión del delito, datos generales de las víctimas y los agresores, y del contexto de la denuncia (acompañantes y fuentes de remisión).

En los párrafos siguientes se expondrán algunas conclusiones y reflexiones en torno a los resultados de los estudios victimológicos mencionados.

De todos los delitos denominados "sexuales" (actualmente denominados "contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual"), la violación fue el de mayor incidencia comprendiendo más de las tres cuartas partes del total. Sin embargo, no importa tanto la tipificación legal, sino la transgresión del consentimiento de la víctima. Así, desde el punto de vista psicosocial todos estos delitos constituyen un ejercicio de violencia sexual.

En los trabajos de la P.G.J.D.F., se encontró que en los casos tipificados como violaciones, tres cuartas partes del total se realizaron por vía vaginal, lo cual sugiere una preferencia por una relación sexogenital de tipo convencional en la que, muy probablemente, el sujeto agresor no busque una experiencia de contacto corporal "diferente", sino más bien una situación que le facilite someter a su víctima (Bedolla, 1986).

Lo anterior podría extenderse al resto de los delitos sexuales, pues al menos en el 75% de los casos atendidos en las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales el victimario sumó a su ataque sexual otras expresiones de violencia física y/o verbal, tales como golpes, lesiones, insultos, amenazas, etc. De esta manera, se refuerza la conceptualización de la violencia sexual como un continuo que incluye actos con mayor o menor grado de agresión pero que finalmente transgreden la libertad de la víctima (Bedolla, 1986; Valladares, 1989).

Los datos arrojados por estas investigaciones han demostrado que una agresión sexual puede ocurrir bajo diversas circunstancias, coadyuvando al rompimiento de los mitos creados socialmente, al evidenciar que ocurren a cualquier hora del día y, en las más de las veces, en la propia casa de la víctima o el victimario, quien es principalmente un hombre conocido por la persona agredida.

Por lo tanto, se vislumbra la inclusión de la violencia en las relaciones interpersonales cotidianas, donde se reproducen patrones de asimetría como en el resto de la sociedad. Así, aún cuando el agresor es un pariente, éste es una persona de mayor jerarquía social (padre, abuelo, tío) que la víctima, por lo que no es extraño que, aunque en la mayoría de los casos es uno solo el agresor, la víctima no pueda defenderse; pues la posición jerárquica de él, implica autoridad con respecto a ella; además de que la agredida se ha apropiado de una posición subordinada, asumiendo comportamientos no asertivos.

En un informe global, Pérez (1995) refiere que en las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF), de abril de 1989 a mayo de 1995 hay 20,600 víctimas de violencia sexual.

El delito sexual de mayor incidencia fue la violación con 47.3%; el 90.2% de las víctimas fueron mujeres, los grupos de edad más afectadas fueron el de 13-17 años con el 28.7% y de 18-24 con 24.5%.

Del total de agresiones a varones, el 66.7% es a menores de 13 años, lo cual indica que dos de cada tres agresiones las sufren niños que no pueden defenderse, según refiere este autor.

Con respecto al agresor, este informe señala que el 67.7% del total son conocidos de la víctima, de los cuales el 34.6% son conocidos familiares.

Las violaciones fueron cometidas en el 12.9% de los casos en lugares de atención y/o servicio a personas (5.4% en transporte público, 6.2% en escuelas y guarderías y 2.1% por agentes de seguridad y el 0.8% en consultorios médicos).

Valladares (1993) realizó un estudio epidemiológico sistemático sobre violencia sexual. La población de este estudio estuvo conformada por 144 personas que fueron víctimas de algún delito sexual atendidas en el Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV) del Estado de México, particularmente del área conurbada del Distrito Federal, con el propósito de describir las características de las agresiones sexuales en tiempo, lugar y personas; así como las características y la relación entre las víctimas, los victimarios y de las agresiones sexuales.

Aún cuando este estudio tuvo un segundo objetivo, el cual fue describir las secuelas físicas, psicológicas, familiares y sociales provocadas por el asalto sexual, en este momento sólo se presentarán las conclusiones referentes al primer objetivo.

Los resultados de la investigación de Valladares demostraron que la violación genital es la forma de ataque sexual más frecuente, entre aquellos ataques que son denunciados ya sea legal o socialmente. En el 70% de estos casos el agresor era un conocido que tiene una posición de autoridad sobre la víctima, el ataque se realizó en ambientes familiares y se utilizaron las amenazas y la violencia verbal, más que la fuerza física.

En el 30% de los casos el agresor fue un desconocido quien atacó de manera individual o tumultuaria a la víctima, el ataque se efectuó en un lugar abierto (terrenos baldíos, calles solitarias, bosques) con un alto grado de violencia física, verbal y sexual.

Las víctimas fueron en su mayoría (35%) mujeres jóvenes de 18 a 29 años de edad, en tanto que los violadores fueron hombres en todos los casos, con un promedio de edad de 30 años.

Finalmente, durante el ataque la mayoría de las víctimas (90%) tuvo respuestas de sumisión y súplica, de ellas casi todas se paralizaron por el terror y sólo menos del 30% manifestaron alguna respuesta de enfrentamiento dirigida al escape. Respecto a esto, Valladares (1993) concluye que la mayoría de las víctimas se encontraba en una posición de inferioridad o de debilidad en relación con sus victimarios, ya sea por su edad, estatus socioeconómico y/o fuerza física.

Las anteriores investigaciones han demostrado que las personas que denuncian este tipo de ataques son del sexo femenino, lo cual reafirma que las características genéricas tienen mucho que ver con su ejecución, y su edad fluctúa entre los quince y dieciocho años. Cabe recordar que es en esta edad donde el individuo presenta significativos cambios psicofísicos y en su autoconcepto y relación con los otros; aspectos que deben ser tomados en cuenta al momento de brindarle asistencia a la víctima posteriormente al ataque.

Cabría también preguntarse si sólo en el perfil encontrado en estos estudios se concentra la totalidad de las personas que son víctimas de una agresión sexual; muy probablemente la respuesta sería no. Lo cierto es que aunque actualmente denuncian mujeres de diferentes edades, estratos socioeconómicos y estados civiles; tal vez con mayor frecuencia que en los años anteriores a la aparición de las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales (abril de 1989), se duda que sólo esas personas sufran una agresión de este tipo. Sin embargo, estas investigaciones, aún cuando sean poco sistematizadas, proporcionan datos sobre las características de las víctimas que permiten detectar sus necesidades de asistencia psicosocial; detección que no podría ser completa si no estuviese acompañada del conocimiento de los efectos que produce la violación sobre la mujer agredida; pues este tipo de ataques es una intrusión dentro del espacio interior y privado, sin consentimiento de la persona.

1.5 Consecuencias de la Violación

Cuando una persona ha sido agredida sexualmente presenta alteraciones en su vida cotidiana que comprenden las esferas psicológica, fisiológica y social, incluyendo en esta última a las actividades laborales y/o escolares, entre otras.

Muchos psicólogos, preocupados por la rehabilitación de las personas violadas, han realizado estudios descriptivos de las reacciones posteriores a la violación, que en conjunto han recibido el nombre de " Síndrome Postviolación ".

Algunos autores (CAMVAC, 1983; Bedolla, 1986; Valladares, 1989) coinciden con la división que Burgess y Holmstrong (1974) hacen de este Síndrome en dos fases consecutivas, la Aguda y la Tardía.

La fase Aguda o Temprana va de lo inmediato a dos o tres semanas después del ataque, y está constituida por reacciones expresivas como: desorganización conductual, sentimientos de choque e incredulidad, pánico, ira, ansiedad, insomnio, en fin, inquietud generalizada que incluye sentimientos ambivalentes de dependencia y hostilidad hacia quienes pudieran ayudarla y hacia la autoridad. O bien, reacciones de tipo controlado en las que la víctima aparenta serenidad y/o sometimiento.

Las reacciones somáticas presentadas en esta etapa son: traumas físicos y dolores en diversas partes del cuerpo, tensión muscular, inestabilidad gastrointestinal y molestias genitourinarias, dependiendo de las circunstancias de la violación, tales como contracciones vaginales, comezón, escozor al orinar y dolor rectal, en caso de penetración anal.

Aunado a lo anterior, y sin duda de gran importancia es el miedo a la violencia física y a la muerte.

Durante la fase Tardía o de Reorganización, que inicia regularmente dos o tres semanas después del asalto, se manifiestan conductas fóbicas, ansiedad, pesadillas, cambio de residencia, o número telefónico, problemas para relacionarse socialmente, disfunciones sexuales, reacciones emocionales de vergüenza, culpabilización, autodevaluación, deseos de venganza, temor a la violencia y sentimientos de inseguridad.

En esta fase se alternan emociones relacionadas con la violación en sí misma y otros sentimientos menos dolorosos; la oportunidad que se da la mujer de enfrentarse a sus emociones hace posible que pueda gestarse en esta etapa el proceso de recuperación (Veronen y Kilpatrick, 1985).

González (1989) y Sutherland y Scherl (citadas en Kort, 1990) incluyen una fase entre las dos anteriores, denominada Postraumática o de Retroceso, caracterizada por la negación y supresión del hecho y por "maniobras de la mujer violada que pretende el regreso a las actividades normales, haciendo pseudoajustes que no logran la resolución del evento traumático ..." (Kort, 1990, pág. 12).

En general, pero desde un marco existencial humanista (Sullivan y Everstine, 1992), la violación constituye un ataque a la integridad personal, física y psicológica de la víctima; es un evento que lastima el sentimiento de confianza en sí misma y en los otros que la mujer -y el hombre- adquiere durante su infancia.

Cuando es un infante, el individuo va adquiriendo logros y avances en su desarrollo con el apoyo de sus padres, hermanos y amigos que mantienen una relación afectiva positiva con él, lo cual le confiere una sensación de seguridad y control sobre su persona y los otros; manteniendo un dominio de las situaciones problemáticas cotidianas.

De este modo, todas las personas aprenden a conducirse por la calle, y a desempeñar actividades domésticas, laborales y escolares; tomando decisiones y esperando una respuesta de los otros acorde a sus propias necesidades y demandas, aún en el caso de que su competencia asertiva no sea muy alta. Aprenden también a hacer uso de un espacio, incluyendo su propio cuerpo, del cual se hacen dueños y para el cual no es necesario en la mayoría de los casos que soliciten respeto, pues esa confianza básica que adquieren tempranamente se basa en la demarcación de límites espacio temporales que sus familiares les han otorgado.

Sin embargo, cuando sucede un evento que está fuera de lo esperado por una persona que ya ha aprendido a conducirse con un cierto nivel de confianza en su vida cotidiana, altera su esquema y visión del mundo. Cuando una mujer es violada, siente que ha perdido el control sobre sí misma y sobre los otros; pues "otro" ha invadido su territorio, su espacio y su tiempo, sin que ella haya podido evitarlo; pues no debe olvidarse que -agregado al uso de violencia adicional del violador- la mujer ha aprendido a someterse desde que es niña (Aresti, 1989; Sullivan y Everstine, 1992).

Así pues, la mujer violada presenta un conjunto de emociones, conductas, pensamientos y sensaciones como consecuencia del ataque del que fue objeto. Algunos autores (Aresti, 1989; Bellak y Small, 1990, Sullivan y Everstine, 1992; González 1989) consideran que durante este síndrome postraumático la víctima de violación vive una pérdida psicológica que le hace experimentar un "duelo agudo", y por tanto, "necesitan pasar por el ciclo de recuperación que abarca el estado de choque, depresión, los cambios de humor, la ira, la actitud filosófica y, por último el dejar en paz" (Sullivan y Everstine, 1992; pág. 237).

En el DSM-IV (1997) se incluye la victimización por violación como un desencadenante de trastornos por estrés postraumático, el cual presenta un conjunto de síntomas similares a los descritos por Burgess y Holmstron en el Síndrome Postviolación. Los criterios para el diagnóstico de un trastorno por estrés postraumático son:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido:

- 1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado (uno o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
- 2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intenso.

B) El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

- 1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
- 2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
- 3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).

- 4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- 5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C) Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- 1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- 2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos el trauma.
- 3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- 4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
- 5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- 6) Restricción de la vida afectiva (por ejemplo, incapacidad para tener sentimientos de amor).
- 7) Sensación de un futuro desolador (por ejemplo, no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia).

D) Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) ausente antes del trauma, tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- 1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño
- 2) Irritabilidad o ataques de ira
- 3) Dificultades para concentrarse
- 4) Hipervigilancia
- 5) Respuestas exageradas de sobresalto

E) Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de un mes.

F) Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Respecto a las características específicas del síndrome postviolatorio en la población victimizada, Valladares (1994) presenta algunas respuestas a corto plazo que se refieren a las reacciones inmediatas o mediatas correspondientes a la primera fase del Síndrome Postviolación; en su descripción utiliza cinco niveles de respuesta.

A continuación se reproduce el cuadro donde la autora sintetiza la información.

Secuelas Postviolación (Valladares, 1993)

FÍSICAS	PSICOLÓGICAS				FAMILIARES	SOCIALES
	Conductual	Afectiva	Cognitivas	Sexuales		
- Dolores genitales (56%)					- apoyar (70%)	- desconfianza a los hombres (72%)
- trastornos intestinales (53%)	- cambio en patrones de sueño (85%)	- afectación en la sensación de seguridad (90%)	inseguridad (77%)	Cambios en relación sexual:		- problemas con la pareja (33%)
- trastornos genitourinarios (40%)	- cambio en patrones de alimentación (81%)	miedos:	ideas irracionales:	- frecuencia (88%)	- credibilidad (75%)	- problemas con amigos (30%)
- ganancia de peso (41%)	- aislamiento. (67%)	- a los hombres (80%)	- catastrofización (72%)	- satisfacción (72%)	- sobreprotección (42%)	
- embarazo (12%)	- ausencia al trabajo/escuela (65%)	- a ser violada (81%)	- sobre generalización (70%)	- obtención de orgasmos (70%)	- culpabilizar (32%)	
	- rebeldía (60%)	- a la oscuridad (90%)	- expectativas negativas (70%)	- dispareunia (50%)		
	- agresión (40%)	- espacios abiertos (73%)	- autodevaluación (70%)	- escenas retrospectivas de la violación (70%)		
		- tristeza (94%)	- vergüenza (83%)			
		- enojo (74%)				
		- venganza (73%)				

En lo que se refiere a secuelas emocionales a largo plazo, Kort (1990) investigó si se presentaban o no y la relación entre las reacciones emocionales y las circunstancias bajo las que se da la violación, en un grupo de 49 mujeres violadas que recibían atención psicológica en centros especializados. La autora menciona que la depresión es la secuela más "notoria" en la que el tiempo no es un factor que facilite en si mismo la recuperación. Tal depresión es mayor cuando no hay denuncia, cuando el violador no es encarcelado, cuando la víctima es violada por un pariente o conocido y cuando recibe golpes. Cuando el ataque es tumultuario las víctimas reportan menos ansiedad y mejor estado general de salud, tal vez porque ellas no son cuestionadas respecto a mitos y estereotipos y reciben apoyo incondicional de su entorno.

La autora concluye que "el conjunto de apoyo efectivo, sin prejuicios, desde los medios familiar, social y legal, propiciará que la víctima pueda encarar nuevamente su mundo" (Kort, 1990, pág. 101).

Si bien es cierto que la mujer violada experimenta un conjunto de características acordes a la clasificación de "Trastorno por Estrés Postraumático", presentadas en secuencia como un proceso, tal como lo es un "Duelo Agudo"; también lo es que la violación es un acto violento ejercido generalmente por un hombre hacia una mujer y por tanto, las características del género tendrán mucho que ver con el matiz que tomen las secuelas de un ataque sexual.

Puede decirse que la "culpa" es el sentimiento que comparten todas las mujeres violadas debido al modo como han vivido su sexualidad desde pequeñas, la cual ha ido siempre acompañada de un conjunto de mitos que la señalan como "provocadora" de cualquier acto sexual; de manera que cuando se enfrenta a una violación, su sexualidad recibe un fuerte daño, aún cuando el ataque sexual es más un ejercicio de poder.

Algunas mujeres pueden experimentar los síntomas anteriores en mayor o menor intensidad y duración, conforme a sus características personales. Según Veronen y Kilpatrick (1985) no existe un patrón único postvictimización, las respuestas de una mujer dependen de sus antecedentes, su nivel de funcionamiento (o bagaje intelectual y cultural), habilidades de afrontamiento tras la agresión, aspectos específicos del ataque (grado y tipo de violencia), distintos sucesos ambientales, la reacción de las personas significativas de su entorno y su acceso a las estructuras de apoyo social. Algunos estudios (Kort, 1990) han demostrado que cuando las víctimas acuden de inmediato a centros de atención que les brinden apoyo profesional, tanto emocional, como médico, psicológico y legal, las secuelas emocionales a largo plazo pueden verse disminuidas.

El conocimiento del problema de la violación, sus secuelas emocionales y sociales, así como su tratamiento, es posible y puede ser ampliado gracias a su denuncia social y legal inmediata, la cual ha sido realizada hasta el momento por asociaciones civiles y gubernamentales, formadas en principio por grupos feministas, que han recurrido a estrategias de apoyo a las mujeres violadas que se les han acercado. En el capítulo siguiente se describirán las características de tales asociaciones, así como su forma de intervención emergente a personas violadas.

1.6 Resumen del Primer Capítulo

Se analizó la violencia sexual como un continuo donde está presente el ejercicio de conductas o actos de contenido sexual cuya intención es dañar física y/o psicológicamente a una persona; se presentaron las definiciones que sobre violación se han realizado desde las áreas de el Derecho, la Sociología y la Psicología, resaltando la definición trabajada desde las áreas social-feminista y psicológica, que definen la violación como un ejercicio de poder cuyo instrumento es un acto sexual.

Asimismo se describieron las causas de la violación desde los enfoques social-feminista y psicológico, que enfatizan la importancia del aprendizaje social de los roles de género exagerados y estereotipados como la base del ejercicio y reproducción de la violencia sexual, así como de los diversos mitos que se han construido en torno a la violación.

Participando en la desmitificación de la violación y las circunstancias en las que ocurre, se presentaron algunos datos sobre su incidencia en la población mexicana, específicamente del área metropolitana; demostrándose que las violaciones ocurren a cualquier hora del día y en la mayoría de las veces en la propia casa de la víctima o el agresor, quien regularmente es un hombre conocido por la persona violada, que ejerce un rol de autoridad.

Finalmente, se expusieron las consecuencias que en las esferas psicológica, fisiológica y social presentan las personas que han sido víctimas de violación, presentando algunos estudios sobre síndrome postviolación, que señalan que la presencia e intensidad de las secuelas dependerán de los recursos personales y redes de apoyo social (médico, legal, psicológico) con los que cuente la víctima.

CAPÍTULO 2

APOYO DE EMERGENCIA A PERSONAS VIOLADAS. PRINCIPALES CENTROS DE ATENCIÓN.

Se ha visto cómo la violación sexual forma parte del continuo de la violencia en general, constituyendo un ejercicio de las relaciones de poder entre los sexos.

La violación es un producto social en el que se utiliza lo sexual como una forma de ejercer el dominio de un ser humano sobre otro, de un hombre sobre una mujer, en la mayoría de los casos. Es un hecho político que utiliza como instrumento de control al sexo.

Sin embargo, la víctima de una agresión de este tipo no lo ve así, por el contrario lo vive como un ataque individualizado que tiene que ver más con sus características personales propias, que con el deseo de autoafirmación del poder del agresor, independientemente de quien sea su objeto de agresión.

En el capítulo anterior se expusieron los efectos de una agresión sexual sobre la víctima; los cuales en general, son desorganizadores de la integridad psicológica de quien la sufre y provocan en sus familiares y amigos una reacción de confusión y coraje que finalmente también ataca sus propios sentimientos de seguridad y confianza social.

Afortunadamente, en la actualidad, muchos sectores de la sociedad viven este tipo de ataques con indignación y repudio hacia el agresor, y se han organizado grupos de atención y lucha contra la violencia hacia las mujeres, aún cuando persistan muchos mitos generadores de actitudes sarcásticas y devaluadoras de las víctimas.

Esos grupos sensibilizados ante la problemática, se han ocupado de brindar apoyo a quienes experimentan una crisis postviolatoria, ayudando a prevenir las secuelas que puedan surgir a largo plazo.

En el presente capítulo se describen las características de los diferentes tipos de apoyo que cada grupo ha ofrecido a quienes han sufrido un ataque sexual, para lo cual es necesaria en primera instancia, una definición del apoyo de emergencia, así como un resumen de los antecedentes de éste y su aplicación a diferentes eventos traumáticos.

2.1 Definición de Apoyo de Emergencia

De acuerdo a la definición de la Enciclopedia del Idioma (1988), en nuestra lengua, la palabra apoyo significa "lo que sirve para sostener, como el puntal respecto de una pared, y el bastón respecto de una persona. Protección, favor, ayuda, auxilio".

La palabra emergencia, según la misma fuente, se define como "ocurrencia, accidente que sobreviene".

Por tanto, el apoyo de emergencia podría entenderse tentativamente como la protección, favor, ayuda, auxilio, que se ofrecen ante una ocurrencia o accidente que sobreviene, es decir, cualquier evento inesperado.

Small (1971) adoptó el término como una medida psicoterapéutica, útil para auxiliar a los pacientes temporalmente incapaces de resolver por sí mismos una situación legal (denuncia, por ejemplo) o bien alguna intervención médica. Al respecto, este autor menciona que "en ocasiones, el terapeuta debe dejar su despacho, acompañar al paciente y encarar por él los procesos burocráticos pertinentes, con el fin de demostrarle que tales procesos se pueden dominar. El paciente observa y aprende con el terapeuta como modelo. Este aprendizaje se refuerza por medio de la discusión de los procedimientos, una vez que éstos se han cumplido" (págs. 131-132).

Para Slaikeu (1988) el apoyo de emergencia es lo mismo que la intervención en crisis, la cual es definida como "un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático, de modo que la probabilidad de debilitar los efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore, y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida, más opciones de vida) se incremente" (pág. 4).

Este autor categoriza a los eventos traumáticos y sus efectos dentro de la teoría de la crisis, y las intervenciones (serán descritas en el tercer capítulo) son de corte psicológico, aún cuando puedan ser proporcionados por otros profesionales ajenos a la psicología, ya sean médicos, abogados o policías. El objetivo es incidir sobre niveles de prevención secundaria y terciaria, es decir, ya que ha ocurrido el evento traumático, evitando la agudización de secuelas a corto y largo plazo.

Aún cuando la intervención sea de carácter especializado, Slaikeu (1988) considera como coadyuvantes el apoyo social, médico y legal; en la rehabilitación de las personas que sufren una crisis en consecuencia de un evento traumático.

Finalmente, para Gordon (1990) la intervención de urgencia o en crisis es un método de relación de un especialista con los pacientes o familiares que pasan por un episodio grave de estrés.

La Intervención en Crisis constituye entonces una forma, entre otras, de apoyo de emergencia, si se toma en cuenta que existen otros tipos de apoyo o ayuda, también especializados, hacia las personas que han sido víctimas de un suceso inesperado, tales como la asistencia o coadyuvancia legal, asistencia médica y orientación social.

2.2 Antecedentes del Apoyo de Emergencia a Personas Violadas

El apoyo a personas que pasan por situaciones de emergencia tiene sus orígenes en la primera asistencia médica que socorristas paramédicos daban a quienes sufrían algún tipo de accidente que pusiera en riesgo la vida; sin embargo, en las fuentes que presentan los primeros antecedentes indican que el apoyo de emergencia integral, que incluyera además de esta ayuda la asistencia psicológica, la legal y la social, sólo comenzó a proporcionarse en 1942 durante un incendio en un centro nocturno de Estados Unidos de Norteamérica. Lindemann y un equipo de médicos y asistentes comunitarios brindaron asistencia emocional, así como orientación social a los sobrevivientes del siniestro (Bellak y Siegel, 1986; Slaikeu, 1988).

Posteriormente, en ese mismo país se crearon centros de apoyo a personas en crisis en diversas entidades, atendándose casos de accidentes automovilísticos, incendios, desastres naturales, así como de violencia en la calle e intrafamiliar, incluyendo la violación. De manera paralela grupos feministas trabajaban teórica y asistencialmente el problema de la violación.

Los Centros de Apoyo a Personas en Crisis en general habían trabajado conjuntamente con el gobierno estatal, de modo que las mujeres violadas eran tratadas y rehabilitadas en un marco legal inundado de mitos acerca de la mujer y la violación, así que ¿cómo podía una mujer demandar voluntariamente ayuda en estos centros?

La mujer violada pudo hablar de lo que sentía y pensaba sólo hasta que hubo un espacio para ella donde fuera escuchada de manera solidaria. Fue hasta que integrantes del movimiento feminista trabajaron en la modificación de la legislación sobre la violencia hacia la mujer, a través de su reconceptualización tendiente a romper los mitos masculinos de la violación, que las mujeres pudieron hablar más sobre las agresiones sexuales de que eran objeto (Dowdeswell, 1987).

Entonces surgieron grupos de apoyo , cuyos integrantes, en su mayoría del sexo femenino, estaban dispuestas no sólo a escuchar a las personas violadas, sino a ofrecerles una nueva interpretación de la violación que sufrieran, y además acompañarlas durante su denuncia y todas las gestiones legales posteriores (Sullivan y Everstine, 1992).

Antes de la aparición de estos grupos feministas, la violación aparecía como un evento excepcional; pocos eran los casos considerados como verdaderas violaciones, y las víctimas eran tratadas como mujeres ingenuas utilizadas por un hombre libidinoso, eran unas pobrecitas que no sabían de esas cosas. En fin, a las víctimas se les atribuían, de cualquier modo, ciertas características seductoras que, aunque no las utilizaran conscientemente, provocaban el deseo del violador.

Las mujeres carentes de esa inocencia, no eran víctimas de violación, eran sólo provocadoras del deseo de los hombres. La violación era un problema muy eventual y particular de quien lo sufría; se creía que sólo a una mujer entre muchos miles le ocurría (Brownmiller, 1975; Dowdeswell, 1987)

Los grupos del movimiento feminista demostraron que la violación sexual es un problema epidemiológico, en el sentido de que su origen se encuentra en la forma de relación política y social establecida en la comunidad y que son muchas las personas, en su mayoría mujeres, víctimas de agresiones sexuales

En México también ocurre este desarrollo paralelo, al menos en el apoyo emocional a víctimas de eventos traumáticos en general y el proporcionado a las mujeres que han sufrido un ataque sexual, aunque con más demora respecto a los Estados Unidos de Norteamérica. Así, a partir de la explosión masiva en San Juanico en 1984, seguido del temblor devastador de 1985, muchos grupos de apoyo comunitario comenzaron a gestarse, trabajando en colaboración con la Cruz Roja y el Estado, y asistiendo social y emocionalmente a las víctimas de estos desastres (Campuzano, 1987).

Al mismo tiempo, aunque con un trabajo de preparación más temprano (de 1977 a 1984) el movimiento feminista en México promueve la organización de grupos y diseños de acción desde diferentes perspectivas, trabajando conjuntamente en la difusión del conflicto de género, en el cual destaca la violencia sexual como su manifestación concreta más extrema (Bedregal, 1991).

De este modo, por un lado comenzaban a gestarse en México agrupaciones de atención para casos de emergencia, desarrollándose metodologías de intervención psicológica para personas que pasaban por situaciones catastróficas, basadas en los modelos de la teoría de la Crisis de Slatkeu, de Terapia Breve con fundamento Psicoanalítico de Bellak y Small y de la Técnica Focal de Fiorini (Cabrera, 1991; Mejía, 1991; Tinajero, 1991); en tanto que por otro, el problema de la violación comenzaba a difundirse como una manifestación de poder, descubriéndose como un estímulo provocador de alteraciones emocionales y físicas que, aún cuando son clínicamente importantes, sólo eran objeto del apoyo solidario de algunos grupos de mujeres preparados para ofrecer otro marco de referencia a las mujeres violadas acerca de la agresión sexual de que fueran objeto, aunque en esos grupos se desconocieran estrategias psicológicas sistemáticas de acercamiento a personas en crisis (Valladares, 1989, Bedregal, 1991).

De este modo, en 1979 se crea el Centro de Apoyo a Mujeres Violadas (CAMVAC), primer grupo registrado como asociación civil que atiende emocionalmente y defiende legalmente casos de mujeres violadas; su proyecto planteaba la acción ligada a la investigación. Sin embargo, a pesar de haber sido la punta de lanza en la asistencia emocional y legal de víctimas de violación, este Centro se disolvió a fines de 1984 por problemas al interior del grupo; al mismo tiempo que se constituía (con algunos miembros del CAMVAC) el Colectivo de Lucha contra la Violencia hacia las Mujeres, Asociación Civil (COVAC), el cual sigue funcionando actualmente con áreas de trabajo definidas.

Por su parte, algunos grupos feministas autónomos comienzan a trabajar de manera conjunta con el Estado, haciéndose cargo de los primeros proyectos estatales de atención a personas violadas sexualmente.

Así, en Colima, durante 1984, el Colectivo Feminista de Colima asume el cargo de un Centro de Apoyo a la Mujer (CAM). En 1988, en el Distrito Federal, el Movimiento Nacional de Mujeres (MNM) diseña un Centro de Atención a la Violencia (COAPEVI), en coordinación con la Secretaría de Protección y Vialidad.

Cuando desaparece este programa, se plantea nuevamente un proyecto de atención subsidiado por el Partido Revolucionario Institucional (PRI), diseñado por feministas; conformándose el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (AVISE). Es la primera participación de un partido político en el manejo del problema de la violencia sexual (Bedregal, 1991).

La participación directa del Estado en la atención a personas violadas, se concreta en 1989 en el Distrito Federal, cuando como resultado del Foro de Consulta Popular sobre Delitos Sexuales, llevado a cabo en el mismo año en la Cámara de Diputados, fueron creadas las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF); en las cuales la participación de grupos feministas sólo se hace presente a través del Grupo Plural, instrumentando un programa de evaluación y seguimiento del funcionamiento de dichas Agencias (Duarte, 1990, Lima, 1990; Hernández, 1991).

A partir de la creación de las Agencias Especializadas, por impulso de grupos feministas fueron abriéndose nuevas Agencias de este tipo en diferentes entidades de la República Mexicana, tales como Chiapas, Sonora, Veracruz, Estado de México, etcétera.

Por otro lado, algunos grupos académicos universitarios, sin formar parte necesariamente de algún Colectivo Feminista, pero haciendo también estudios sobre género, fueron organizándose y ejecutando planes de trabajo teórico-práctico sobre la violencia hacia las mujeres. Al respecto destacan el Grupo Autónomo de Mujeres Universitarias (GAMU) que desde 1979 investigó y atacó la violación y hostigamiento sexual en el ámbito universitario, aún cuando después el proyecto fue abandonado; el Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM) del Colegio de México; así como el Centro de Estudios de la Mujer (CEM) de la Facultad de Psicología.

Posteriormente, emergen en la comunidad universitaria varios proyectos de apoyo a mujeres violadas, de los cuales continúa vigente el Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV), cuya sede es la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala de la UNAM, y actualmente recibe el apoyo del Gobierno del Estado de México, contando con personal especializado en diversos Centros de Justicia y en unidades de Desarrollo Integral de la Familia del estado (Contreras y Valladares, s/f); así como el Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (PAIVSAS) de la Facultad de Psicología.

2.3 Centros de Atención a Personas Violadas

La labor de atención integral a personas violadas se ha diversificado a centros de asistencia de tipo civil, gubernamental, partidista y universitario. A continuación se hará una descripción de la organización interna y tipos de servicios prestados en algunos de los centros del área metropolitana que a la fecha continúan abiertos a toda persona que haya sido víctima de una violación sexual.

2.3.1 Colectivo de Lucha Contra la Violencia hacia las Mujeres (COVAC). La Primera Experiencia

El Colectivo de Lucha contra la Violencia hacia las Mujeres, Asociación Civil (COVAC), tiene como antecedente el Centro de Apoyo a Mujeres Violadas (CAMVAC) y fue conformado en 1984 (Bedregal, 1991).

El COVAC es una agrupación feminista encargada de atender a víctimas de violencia sexual, maltrato doméstico y abuso sexual a menores. Está integrado por ocho mujeres y dos hombres cuya función es dar atención directa o telefónica, ofreciendo apoyo emocional, orientación y ayuda legal especializada a las personas agredidas, y/o realizar actividades en el área de capacitación-investigación.

El modelo de atención proporcionada por el Colectivo ha sido denominado Ayuda Breve de Emergencia (Duarte, 1992), en el sentido de que las personas violadas en un tiempo breve, una entrevista o varias semanas, resignifican el evento para adaptarse o modificar su entorno por sí mismas.

"La emergencia se refiere a las condiciones en que se presenta la mujer a pedir ayuda, es el momento en el cual entra en crisis, ya sea porque el hecho acaba de sucederle, o bien porque lo ha recreado en el momento actual, aunque pudo haberle ocurrido varios años atrás, se refiere fundamentalmente a un estado anímico que le impide tener recursos, tanto psíquicos como emocionales para enfrentar su problema de agresión" (Duarte, 1992; pág. 7).

Según Duarte (1992) los objetivos de ayuda del COVAC son básicamente los siguientes:

- 1) Que la mujer adquiera control sobre su miedo y se sienta más fortalecida, con derecho a decidir sobre el disfrute de su propio cuerpo.
- 2) Que la mujer pueda entender que la violencia de que fue objeto forma parte de su vulnerabilidad como persona y que no está en razón de su historia, ni de sus condiciones psicológicas o físicas, y lo considere como un acto eminentemente agresivo, con cierto contenido sexual, como un accidente en su vida del que puede recuperarse.
- 3) Que la mujer tenga un proyecto o propuesta de vida independiente después del hecho violento y se integre a su vida familiar y social con la mayor madurez emocional posible.

Para alcanzar tales objetivos se dispone del apoyo emocional, la orientación y atención legal especializada, como herramientas interrelacionadas pero con sus estrategias particulares.

De este modo, el apoyo emocional basado en el modelo general de Intervención en Crisis o de Urgencia, hace uso de intervenciones que tienen que ver con lo social y lo subjetivo; "mediante un acercamiento empático y humanitario hacia la víctima, cuyo propósito es ligar las áreas más importantes de la vida de la mujer entre sí, con su entorno y las disciplinas que convergen en su problemática, como la Medicina y el Derecho" (Duarte, 1992; pág. 13).

La Orientación Legal especializada se proporciona por todas las integrantes del Colectivo, consiste en informar a la mujer sobre los pasos del proceso jurídico al que se enfrenta ella cuando decide denunciar legalmente la violación y preparar sus intervenciones ante el Ministerio Público o el Juez para cada comparecencia.

En algunas ocasiones, dependiendo de la disponibilidad del personal, se ofrece Atención Legal, pero en todas las ocasiones que lo requiera, la víctima puede ser acompañada por algún miembro del COVAC, durante cualquier etapa del proceso legal.

En general, en el apoyo de emergencia proporcionada en este grupo de ayuda, se pretende ligar el proceso emocional y legal, productos de un ataque sexual (Duarte, 1992; Bedregal, 1991).

2.3.2 Agencias Especializadas en Delitos Sexuales.

Primera Participación del Estado

A raíz de los resultados del Foro de Consulta Popular sobre Delitos Sexuales, realizado durante el mes de febrero de 1989, y de la presión política ejercida por grupos feministas de tipo civil y académico, comenzó la creación gradual de cuatro Agencias Especializadas en Delitos Sexuales (AEDS) en la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (Lima, 1990).

Dichas agencias se ubican en los cuatro puntos cardinales del Distrito Federal (Delegaciones V. Carranza, M. Hidalgo, Coyoacán y G. A. Madero). Cada una de ellas está integrada exclusivamente por personal femenino, es decir, nueve abogadas del área de Averiguaciones Previas, cinco Psicólogas, tres Trabajadoras Sociales y cinco Médicas; el personal masculino que colabora en las agencias (seis agentes de la Policía Judicial y dos choferes), sólo se encarga del

traslado de víctimas en situaciones de extrema urgencia y de la investigación y aprehensión del o los agresores.

El objetivo primordial de las AEDS es que bajo la dirección del Ministerio Público, por su carácter de representación social, consolide un ambiente de confianza a las víctimas y procure el establecimiento de medidas que protejan a su núcleo familiar, poniendo a la disposición de las personas que han sido objeto de algún ataque sexual, un equipo multidisciplinario que le proporcione apoyo psicológico, médico y legal (Diario Oficial, 1989a; Lima, 1990).

Las víctimas son recibidas por una trabajadora social que investiga de manera general su problemática y, de acuerdo con las necesidades detectadas, proporciona la orientación y/o canalización respectiva.

Cuando las personas usuarias son atendidas en el área de Psicología, se les brinda apoyo emocional y se les acompaña, si lo requiere, durante su declaración ante Ministerio Público o la revisión médica. Además, como una continuidad del trabajo realizado por las psicólogas en las AEDS, existe el Centro de Terapia de Apoyo, donde se proporciona a las víctimas Atención Psicoterapéutica basada en un modelo de asistencia breve (Pérez, 1995; Jiménez, 1995).

Según informes de Lima (1990), las AEDS cuentan con una unidad móvil para casos urgentes de agresiones sexuales en los que la víctima no se encuentra en condiciones físicas y/o psicológicas de asistir por su propio pie a alguna agencia. Es en esta unidad, previa llamada telefónica, donde la persona afectada recibe asistencia básica legal y médica, incluyendo la toma de declaración y preservación de evidencias.

Además del apoyo brindado directamente en las agencias y en el Centro de Terapia de la PGJDF, se cuenta con el enlace de Hospitales para la atención psiquiátrica, psicológica y/o quirúrgica de las víctimas que lo necesiten, según un convenio establecido entre la Secretaría de Salud y la PGJDF (Lima, 1990; Diario Oficial, 1989 b).

Asimismo, "se cuenta con un servicio de orientación y apoyo telefónico llamado CETATEL que funciona las 24 horas del día, los 365 días del año, mediante el cual se proporciona toda clase de información a víctimas de agresión sexual, familiares y conocidos, indicándoles qué puede hacer en caso de haber sido agredida, la agencia especializada donde puede denunciar, domicilio de hospitales y, si la persona se encuentra en crisis, la psicóloga que conteste el teléfono brindará terapia de emergencia ... este servicio canaliza a Agencias Especializadas en Delitos Sexuales para denuncias, al Centro de Terapia para atención psicoterapéutica y otras instancias de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y de los Estados, según las circunstancias especiales de las víctimas" (Jiménez, 1995, pág. 206).

El trabajo de las abogadas consiste básicamente en tomar la declaración de la víctima, integrar la Averiguación Previa del delito y dar instrucciones, tanto a la médica para que realice la revisión y preservación de evidencias determinada, como a los agentes de la policía judicial para la investigación y detención del presunto responsable, es decir, del agresor sexual.

Es importante señalar que la médica sólo puede asistir a la víctima previa orden de Ministerio Público; por lo tanto, no se realiza exploración médica a aquellas personas que no hacen una denuncia legal. Además, cuando la persona usuaria al ser evaluada presenta probabilidades de alguna infección y/o requiere tratamiento médico, es canalizada a alguna institución de salud pública, pues la médica de agencia sólo presta primeros auxilios (Lima, 1990).

En conclusión, las AEDS son la instancia donde finalmente tiene que llegar cualquier persona que siendo violentada sexualmente desea presentar una denuncia legal; por lo tanto, todos los servicios que se prestan en ellas giran en torno a las instrucciones del Ministerio Público.

2.3.3 Programa de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (AVISE). La Participación de un Partido Político

El Programa de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (AVISE) fue creado en 1990 con la participación del Movimiento Nacional de Mujeres y la presidencia del Partido Revolucionario Institucional (PRI) del Distrito Federal. Este programa funciona a través de un centro en el que se brinda atención a las víctimas directas e indirectas de delitos contra la libertad sexual, así como de la violencia al interior de la familia (AVISE, s/f).

AVISE es un centro subsidiado por el PRI, cuya metodología en su sistema de trabajo se fundamenta en una aproximación social-feminista. Su servicio consta de cuatro áreas de funcionamiento: Trabajo Social, Psicología, Jurídica e Investigación Académica (Araujo, en Bedregal 1991).

Una trabajadora social es quien recibe a los usuarios, los informa sobre el funcionamiento del centro y, mediante una entrevista inicial basada en el rapport, identifica su demanda y cuál es la intervención de urgencia que requieren, para orientarlos al respecto y canalizarlos a las otras áreas (Psicológica o Jurídica); o bien, vincula al usuario con otra institución cuando se presenta una situación diferente al objetivo de AVISE.

Además, son las trabajadoras sociales quienes realizan el seguimiento de casos, incluyendo el rescate o "reconquista" de los pacientes cuando dejan de acudir a sus citas.

El área de Psicología tiene por objetivo la recuperación psicosocial y familiar de la víctima mediante un modelo terapéutico breve (por su duración) con estrategias de intervención en crisis; aunque, según García (Comunicación personal, Octubre 1994), no existe un modelo único de intervención, sino que de acuerdo a la formación de cada terapeuta es el tratamiento al usuario; el único marco de referencia común entre los psicólogos es el abordaje social-feminista que hacen de la violación.

Los psicólogos -y las psicólogas- se encargan de la preparación emocional de las víctimas cuando deciden presentar una denuncia legal y acompañarlas, si así lo desean, durante sus comparecencias ante Ministerio Público o Juez Penal. Cabe mencionar que en este programa son atendidos todos los casos de violencia sexual que se reciben, aún cuando las personas agredidas no deseen denunciar.

El Jurídico proporciona asesoría, acompañamiento y seguimiento de procesos legales hasta su conclusión, cuando las personas usuarias deciden realizar la denuncia penal.

En el área de Investigación se atiende a estudiantes, docentes y demás interesados en la violencia intrafamiliar y sexual; se informa sobre bibliografía, se realizan préstamos de los materiales en existencia y se ofrecen charlas pedagógicas sobre las funciones de AVISE. Asimismo, existe una elaboración estadística permanente sobre los servicios prestados en el centro y se preparan talleres y ponencias presentados en diversos foros que toque el tema de violencia hacia la mujer (Araujo, en Bedregal 1991).

2.3.4 Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV).Iniciativa Universitaria de Vinculación con el Estado

El Programa Interdisciplinario de Atención Personas Violadas (PIAV), forma parte del Proyecto de Investigación sobre Violencia Sexual de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP), plantel Iztacala, de la UNAM; en su nivel práctico-asistencial.

Según Valladares, Hernández y Contreras (s/f) el PIAV tiene como objetivos:

- 1) Proporcionar servicio psicoterapéutico integral e interdisciplinario, desde un enfoque de género, a las personas en estado de crisis emocional y a las supervivientes de la violencia sexual.
- 2) Estructurar la oferta de atención académica-asistencial de los servicios psicoterapéuticos a otras áreas de atención psicológica y a los servicios médico-legal y de servicio social de la Clínica Universitaria para la Salud Integral de la ENEP Iztacala.
- 3) Canalizar a la población que lo requiera a la red de servicios de las instituciones de atención pública con las cuales se sostienen convenios.

La finalidad de la atención integral a personas víctimas de violencia sexual es que éstas "resuelvan la crisis provocada por el asalto, integrándolo a su estructura de vida y faciliten su disposición para enfrentar el futuro (Valladares, Hernández y Contreras, s/f).

Cuenta con un centro donde "se brinda atención integral (médica, psicológica, de trabajo social y asesoría legal) a víctimas de violencia sexual, a través de un equipo multi e interdisciplinario formado por: cuatro psicólogas, una trabajadora social y diez pasantes de la carrera de Psicología. Se cuenta con la asistencia médica y los servicios de la Clínica Universitaria de Salud Integral de la ENEP Iztacala y con la atención legal de la Procuraduría General de Justicia del Estado de México" (Valladares, 1993; pág. 44).

Valladares, Hernández y Contreras (s/f) refieren que el PIAV forma parte del Programa Interdisciplinario para la Atención de la Violencia Sexual y los Estudios de Género, el cual tiene los siguientes niveles:

1. Investigación sobre Violencia Sexual y Estudios de Género.
2. Trabajo docente sobre los temas.
3. Servicios, en los siguientes subniveles
 - 3.1 Asistencia, en el cual se inserta el PIAV y sus objetivos
 - 3.2 Información sobre los temas anteriores mediante la participación de los integrantes del Programa en eventos académicos, científicos y socioculturales.
 - 3.3. Cursos y talleres de sensibilización y formación profesional.
 - 3.4 Talleres Preventivos y de Crecimiento Personal
 - 3.5 Centro de Documentación.

El PIAV se formó en 1988 y ha sido replicado en diferentes municipios del Estado de México, tales como Chalco, Toluca, Tlalnepantla, Nezahualcoyotl (2), Naucalpan, Ecatepec y Chimalhuacán.

2.3.5 Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, Asociación Civil (ADIVAC).

ADIVAC es una asociación creada en 1992 y formada inicialmente por dos psicólogas y cuatro mujeres violadas que trabajaron en CAMVAC durante el período de 1983 a 1989. Esta agrupación surgió como respuesta a la impunidad por la que atraviesan actualmente las personas violadas y considerando que, aún cuando la violencia sexual es difícil de erradicar en nuestra sociedad, los síntomas consecuentes de la violación pueden ser superados mediante asistencia psicoterapéutica sistematizada (Martínez, 1993; Mora, 1993).

De este modo, ADIVAC tiene como principal finalidad proporcionar atención psicológica especializada como una "opción de vida" para las mujeres que han sido violadas; la psicoterapia es entonces una ayuda para sobrevivir a la violación misma (ADIVAC, s/f). Sin embargo, como la experiencia violatoria afecta toda la vida de quien ha pasado por ella, esta asociación proporciona también atención médica y asesoría legal como una forma de colaborar en la reorganización personal de la víctima (Martínez, 1993; ADIVAC, s/f).

Mora (1993) plantea como los principales objetivos y estrategias de ADIVAC, a los siguientes:

- 1) Ofrecer un servicio psicológico especializado, un apoyo médico y una asesoría legal para las personas que hayan sido víctimas de violación y para todas las mujeres que soliciten este servicio.

- 2) Organizar talleres para apoyar el desarrollo integral de las personas agredidas sexualmente y de todas aquellas mujeres que soliciten ayuda.
- 3) Estructurar alternativas para la defensa de los derechos humanos, las diferencias genéricas y la atención a personas violadas.
- 4) Crear un albergue que permita el curso del proceso integral de rehabilitación de las personas que reciben atención.
- 5) Investigar y recolectar datos referentes a la violación, las diferencias genéricas y los derechos humanos, para su posterior publicación por todos los medios conocidos.
- 6) Impartir cursos de entrenamiento para voluntarias en el trabajo de servicios de ayuda para personas violadas.
- 7) Organizar talleres informativos de sensibilización y concientización para la sociedad en general, referentes a la violencia sexual, a las diferencias genéricas y los derechos humanos.

La asociación se sostiene económicamente por las ganancias de las ventas de los objetos que elaboran las mujeres durante la terapia ocupacional y por los donativos de la población civil; por tanto, todos los servicios que reciben las personas que asisten a este centro son gratuitos.

2.3.6 Fundación para la Atención a Víctimas del Delito y Abuso del Poder (FAVI). Primera Institución de Asistencia Privada para la Atención a Víctimas del Delito

La Fundación para la Atención a Víctimas del Delito y Abuso de Poder, I.A.P. (FAVI) nace en 1992, entre sus objetivos se encuentra el proporcionar atención a las víctimas de delitos y desastres y “fortalecer la permanencia y creación de programas gubernamentales o de la sociedad civil destinados a la atención a las víctimas del delito, en una condición digna y respetuosa, dentro del marco de los derechos de las víctimas establecidas por las Naciones Unidas en Milán en 1985” (Santos, 1995, pág. 219).

Las acciones de esta fundación han sido encaminadas hacia la atención psicológica y reintegración social de las víctimas, el mejoramiento de la atención a víctimas en diversos organismos y al trabajo para la defensa y ejercicio de los derechos de las víctimas en el contexto de los órganos de impartición de justicia.

Los miembros de FAVI en coordinación con otros organismos han promovido la defensa de los derechos de las víctimas en tres períodos: precrisis, acto victimal y postcrisis. Según Santos (1995) las leyes de atención a víctimas se han centrado hasta el momento en el acto delictivo y en algunos aspectos de la postcrisis pero no se ha considerado la precrisis. De este modo, esta institución cuenta con personal especializado que brinde orientación y apoyo a las personas que poseen por cualquiera de estas fases de victimización.

Tal personal es:

- Grupo de abogados que orienten y apoyen a las víctimas anteriormente y durante el proceso legal.
- Grupo de psicoterapeutas que proporcionen atención emocional en crisis.
- Grupo de trabajadores sociales que gestionen procedimientos y enlacen a las víctimas con servicios de apoyo que les permitan su reintegración social.

El movimiento feminista ha jugado el papel más relevante en la creación de redes de apoyo a personas violadas y de manera concreta en el impulso para la instrumentación de Centros de Atención a Víctimas de la Violencia Sexual.

En cada uno de los centros de ha priorizado el acompañamiento psicológico a la víctima durante los procesos consecuentes del ataque, como son el daño físico, el temor al embarazo y la infección de enfermedades sexualmente transmisibles, incluyendo el VIH-SIDA; así como el procedimiento legal en el que se ve involucrada una vez que se coloca ante la decisión de denunciar la violación.

Las estrategias de apoyo psicológico utilizadas en dichos centros han sido poco sistematizadas, aunque en la medida de lo posible han tratado de incorporar la información que da contexto a la violación desde la perspectiva feminista; así como los estudios de casos y abordajes del Síndrome Postviolación.

El capítulo siguiente dará cuenta de las diferentes aproximaciones conceptuales y metodológicas para la atención a personas violadas que ha sido desarrollada en el terreno de la Psicología, que permitan vislumbrar la

participación que un(a) psicólogo(a) en concreto tiene en el apoyo de emergencia a dichas personas.

2.4 *Resumen del Segundo Capítulo*

En el segundo capítulo se definió el apoyo de emergencia como un proceso de ayuda dirigido a aquellas personas que han vivido un suceso traumático e inesperado que tiene como objetivo reducir la probabilidad de que aparezcan secuelas emocionales y físicas a mediano y largo plazo y se aumente la probabilidad de que las personas desarrollen nuevas habilidades y perspectivas de vida, enfatizándose la importancia de que las víctimas cuenten con una estructura social e institucional de apoyo médico, legal, psicológico y social.

Se realizó un breviarío de los antecedentes del apoyo de emergencia a nivel internacional y en México, resaltando la participación del movimiento feminista en la creación y desarrollo de centros de apoyo integral a la mujer y a personas que han sido agredidas sexualmente.

Por último, se realizó una descripción de la organización interna y los tipos de servicio prestados en algunos de los centros de atención a personas violadas del área metropolitana, rescatándose las características del apoyo médico, legal y, principalmente, psicológico proporcionados en cada uno de ellos.

CAPÍTULO 3

APOYO PSICOLÓGICO DE EMERGENCIA A PERSONAS VIOLADAS

Se han desarrollado diversas estrategias de apoyo psicológico de emergencia a personas violadas que han sido aplicadas desde diferentes conceptualizaciones de los procesos psicológicos y del impacto que la violación tiene sobre éstos.

A continuación se presentarán los marcos conceptuales y metodológicos que han sido retomados en el apoyo psicológico a víctimas de eventos violentos en general, y de violación en particular. Posteriormente se mencionan aquellos lineamientos generales para el apoyo de emergencia a personas violadas compartidos por todos los enfoques, así como las habilidades requeridas en el psicólogo que presta el apoyo.

3.1 *Marcos Conceptuales y Metodológicos*

Los marcos conceptuales-metodológicos desde los que se ha abordado la atención a personas violadas han sido la entidad de "estrés postraumático", la teoría Psicoanalítica, la teoría de la Crisis y la teoría Cognitivo-Conductual. Tales enfoques han hecho contribuciones importantes en el apoyo psicológico a víctimas aportando estrategias que han ayudado a muchas personas a integrar de una manera adaptativa eventos negativos y altamente estresantes a su vida.

3.1.1 Estrés Postraumático

El síndrome del estrés postraumático se define como el conjunto de conductas o sentimientos repentinos, que surge ante estímulos ambientales o ideativos, el cual evoca en forma asociativa el acontecimiento traumático (DSM-IV, 1997).

En cuanto al "trauma", las definiciones de las que se dispone son diversas; así Fenichel define al trauma como una excitación muy intensa, más allá de la capacidad de control, en una determinada unidad de tiempo; para Rangel constituye una irrupción violenta, más allá del ambiente promedio probable; Erikson lo entiende como un golpe a la psique que se introduce a través de las defensas tan súbitamente, y con fuerza tal, que resulta imposible responder de una manera efectiva (Díaz, 1987).

3.1.2 Enfoque Psicoanalítico

El psicoanálisis explica los fenómenos mentales y emocionales, ubicándolos en un hipotético aparato psíquico, constituido por tres instancias llamadas: ello, yo y superyo. Del ello surge la energía que permite amar, crear, vivir, odiar, agredir y morir; energía denominada impulso instintivo o pulsión. En el superyo se acumulan las normas éticas, valores e ideales que adquiere el ser humano a lo largo de su desarrollo y a través del cual se convierte en parte de la familia, sociedad y cultura en las cuales transcurre su vida. El yo es el mediador entre los requerimientos del ello, el superyo y la realidad externa; percibe los estímulos que vienen de estas fuentes mediante un proceso de pensamiento más o menos complicado.

El yo dispone de los recuerdos de experiencias similares; evalúa las posibles consecuencias de ceder a las demandas del ello, superyo y la realidad externa. El producto de esta actividad se expresa a través de afectos y/o pensamientos, precursores o sustitutos de la acción susceptible de terminar con el desequilibrio del aparato psíquico, originado por las demandas y contraexigencias de las instancias mencionadas (Díaz, 1987).

Cuando los afectos y pensamientos dañan la autoestima del individuo o la ponen en conflicto con personas significativas para él, el yo inicia una serie de maniobras para excluir de la conciencia aquello que resulta displacentero; maniobras que se conocen como mecanismos de defensa (Díaz, 1987; Aresti, 1988).

Si debido a la intensidad de los impulsos instintivos o a la magnitud de los estímulos provenientes del mundo externo, el yo es incapaz de mantener un adecuado equilibrio entre las demandas en conflicto, aparecen la angustia y otros afectos displacenteros, así como síntomas diversos. Así, en el síndrome de estrés postraumático el yo resulta incapaz de manejar el impacto "brutal y súbito" de una serie simultánea de estímulos externos e internos, intensos e inesperados (Díaz, 1987).

3.1.2.1 Estrategias de Apoyo Psicológico a Personas Violadas desde el Enfoque Psicoanalítico

Aresti (1989) menciona que el síndrome postviolación constituye una neurosis traumática, caracterizada porque los síntomas aparecen consecutivamente a un choque emotivo, generalmente ligado a una situación en la que el sujeto ha sentido amenazada su vida. Se manifiesta en el momento del "**choque**" por una crisis de "ansiedad paroxística" que le puede provocar estados de agitación, estupor o confusión mental (Aresti, 1989).

Para esta autora la psicoterapia de emergencia proporcionada a víctimas de violación debe tener como objetivo la elaboración de las sensaciones de miedo, terror y/o pánico en las víctimas, así como su sensación de desamparo, vulnerabilidad y culpabilidad, ayudándolos a recuperar el control de sus vidas (Aresti, 1988 y Trujano, 1992).

Las estrategias terapéuticas que Aresti (1988) propone en la atención a víctimas de violación son:

- Promover la expresión catártica que posibilite la descarga de los afectos y emociones producidas por el evento y evite que recuerdos de la vivencia traumática conserven fuertes magnitudes de afecto que puedan llegar a ser patógenas.
- Las víctimas de violación necesitan expresar su ira, su sensación de culpabilidad, de debilidad, de asco o de cualquier otro sentimiento sin preocuparse de que las rechacen o acusen, por lo que la actitud empática del terapeuta es fundamental.
- Brindar apoyo y seguridad a la víctima, estableciendo una relación basada en la transferencia positiva, en la que el terapeuta sea percibido como una persona bondadosa, interesada en la experiencia de la víctima.
- Promover la recuperación de la autoestima de la víctima, posibilitando que ella elabore sus sentimientos de minusvalía y culpabilidad ante lo ocurrido.

- Ayudar a la víctima a tomar medidas autoprotectivas sin que ésto implique situaciones de inhibición y parálisis.
- Enseñanza de formas específicas de respuesta para enfrentar los ataques de pánico recurrentes.
- Proveer de información pertinente que concientice a la víctima de que la violación es un fenómeno social y político.

La modalidad de atención a víctimas de violación debe ser, según esta autora, la Psicoterapia Breve. Este tipo de intervención puede limitarse de una a quince sesiones y está caracterizada por dos elementos básicos: la focalización de la interpretación y la planificación del proceso, es decir, el establecimiento de objetivos limitados, además el terapeuta se mantiene cara a cara con el paciente.

3.1.3 Intervención en Crisis

Desde la perspectiva de Slaikeu (1988) la crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

La teoría de la crisis se sustenta en los siguientes principios básicos.

- a) Existen sucesos precipitantes de una crisis, algunos son considerados como universalmente devastadores como la muerte inesperada de un ser querido o una violación; y otros no son facilitadores de la crisis por sí mismos, pero sí en el contexto del desarrollo del individuo, por ejemplo, el nacimiento de un niño, el matrimonio, la jubilación.
- b) Cada suceso precipitante adquiere un significado distinto para el individuo:
- ◆ Una amenaza a las necesidades instintivas o al sentido de integridad física y emocional.
 - ◆ Una pérdida de una persona, habilidad o aptitud.
 - ◆ Un reto que amenaza las capacidades del individuo
- c) Las crisis implican un trastorno emocional grave o desequilibrio en el individuo.
- d) Los estados de crisis producen una vulnerabilidad y sugestibilidad en el individuo, en otras palabras una reducción de las defensas que la persona esté abierta a nuevas conceptualizaciones e información que le ayudará a entender lo que le está sucediendo.
- e) El estado de crisis se caracteriza por un trastorno en el enfrentamiento a la solución de problemas.
- f) Las crisis son de corta duración, con un período de cuatro a seis semanas se puede restaurar el equilibrio.

- g) Las crisis se presentan en cuatro etapas:
- 1ª.- Choque emocional
 - 2ª.- Retraimiento defensivo
 - 3ª.- Reconocimiento
 - 4º.- Adaptación y cambio
- h) Existen tres posibles resultados de la crisis: el cambio para mejorar, el cambio para empeorar o regresar a niveles previos de funcionamiento.
- i) Las crisis están enmarcadas en los sistemas de la vida social y las transacciones entre ellos.
- j) La persona constituye un sistema conformado por cinco subsistemas: Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo (funcionamiento CASIC).

Los estudios de Burgess y Holmstrong y de Slaikeu sobre la violación, han tenido como contexto esta teoría. La resolución de una crisis por violación, ocurre cuando la víctima es capaz de integrar la experiencia crítica dentro de su estructura vital y puede enfrentar el futuro de manera abierta y constructiva (Valladares, 1993).

Los autores mencionados han desarrollado el modelo denominado Intervención en Crisis, cuya aplicación derive en una resolución positiva de la crisis generada por algún suceso precipitante, en este caso, la violación.

Según Slaikeu (1998), el modelo de Intervención en Crisis incluye dos modalidades de atención, la Intervención de Primer Orden o Primera Ayuda Psicológica y la Intervención de Segundo Orden o Terapia en Crisis.

La primera ayuda psicológica es una intervención breve que puede llevar desde algunos minutos hasta horas, dependiendo del grado de desorganización o trastorno emocional de la persona en crisis y la capacidad del ayudante. Sus objetivos son limitados al enfrentamiento inmediato de situaciones, los objetivos específicos de esta intervención serían: proporcionar apoyo, reducir la mortalidad y vincular a la persona con recursos de ayuda.

El procedimiento de atención de esta modalidad es un modelo de solución de problemas, consistente en cuatro pasos en los que el "ayudante de la conducta" (que puede ser un psicólogo, médico, trabajador social, policía, etcétera) tiene que ejecutar algunas acciones, como se muestra a continuación.

Paso o Componente	Acciones del Ayudante
<p>1. <i>Hacer contacto psicológico</i></p> <p>Propósito: Hacer sentir al paciente escuchado, aceptado y apoyado; reducir la angustia, reactivar capacidades para solucionar la situación.</p>	<ul style="list-style-type: none">◆ Invitar al paciente a platicar.◆ Estar atento a hechos y sentimientos◆ Resumir/reflexionar hechos y sentimientos◆ Declaración de empatía.◆ Comunicar interés.◆ Tocar/tomar físicamente.◆ Proporcionar control y calma a una situación intensa.
<p>2. <i>Examinar las dimensiones del problema</i></p> <p>Propósito: Priorizar necesidades inmediatas y necesidades posteriores</p>	<p>Preguntar por</p> <p>Pasado inmediato:</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Suceso precipitante◆ Funcionamiento CASIC (Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal, Cognoscitiva) <p>Presente:</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Funcionamiento CASIC del presente (fuerzas y debilidades).◆ Recursos personales (internos)◆ Recursos sociales (externos)◆ Mortalidad <p>Futuro inmediato:</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Decisiones inminentes esta noche, fin de semana, próximos días/semanas-

3 **Examinar las soluciones posibles**

Propósito: Identificar una o más soluciones a necesidades inmediatas y posteriores

- ◆ Preguntar al paciente lo que ha intentado hasta ahora.
- ◆ Explorar lo que pudo/puede hacer ahora.

Proponer otras alternativas: nueva conducta del paciente, redefinición del problema; ayuda externa, cambio ambiental

4. **Ayudar a tomar una acción concreta**

Propósito: Implementar soluciones inmediatas intentadas al encontrar necesidades inmediatas.

A. Si la mortalidad es baja y la persona es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces tener una **actitud facilitadora**:

- * El convenio para la acción es entre el ayudante y el paciente
- * Rangos desde el escuchar activo hasta dar el consejo

B. Si la mortalidad es alta o la persona no es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces tener una **actitud directiva**:

- * El convenio para la acción puede incluir a la familia y otros recursos comunitarios.
- * Rangos desde la movilización de los recursos de modo activo hasta controlar la situación.

5. **Seguimiento**

Propósito: Asegurar la retroalimentación de los objetivos específicos de esta modalidad.

- ◆ Identificar información segura
- ◆ Explorar posibles procedimientos de seguimiento.
- ◆ Establecer el contrato por recontacto.

La intervención en crisis de segundo orden o terapia en crisis es un proceso terapéutico a corto plazo que tiene como objetivo la resolución de la crisis, esto es, ayudar a la persona a enfrentar la experiencia de crisis de modo que el suceso llegue a integrarse en la estructura de su vida, estableciendo mejores condiciones personales para enfrentar el futuro.

La terapia en crisis requiere de mayor tiempo y más entrenamiento y habilidades del ayudante, que en este caso será un psicoterapeuta; así como un espacio físico adecuado. Su procedimiento es denominado "terapia multimodal"; la cual se estructura en cuatro tareas para la resolución de la crisis que inciden en todas las modalidades CASIC e involucran actividades del paciente y estrategias terapéuticas, como se observa en el cuadro realizado por Slaikeu (1988) y que se reproduce a continuación.

Terapia Multimodal en la Crisis
Cuatro Tareas de la Resolución de la Crisis
(Slaikeu, 1988)

Tarea	Modalidad	Actividades del Paciente	Estrategias Terapéuticas
Supervivencia física	Somática	a. Preservar la vida (prevenir el suicidio, homicidio) b. Mantener la salud física	a. Ofrecer la primera ayuda psicológica en relación al establecimiento de las relaciones terapéuticas. b. Consultar con el paciente sobre nutrición ejercicio y relajamiento <i>Técnicas:</i> Entrenamiento autogénico, biofeedback, control de la respiración, relajamiento muscular profundo, dieta y nutrición, masaje, control del dolor, ejercicio físico, yoga.
Expresión de sentimientos	Afectiva	a. Identificar y b. expresar sentimientos relacionados con la crisis de una manera socialmente adecuada	a. Discusión del suceso de crisis, con particular atención en cómo se siente el paciente en diversos aspectos de la crisis. <i>Técnicas:</i> Escuchar activo, establecer una relación terapéutica, afecto inducido. b. Educar al paciente sobre el papel de los sentimientos en el funcionamiento psicológico completo, y estimular formas adecuadas de expresión. <i>Técnicas.</i> Control de la cólera, expresión, desafíos, manejo de la ansiedad, "silla vacía", meditación, entrenamiento para la inoculación del estrés.

Tarea	Modalidad	Actividades del Paciente	Estrategias Terapéuticas
<p>Domino cognoscitivo</p>	<p>Cognoscitiva</p>	<p>a. Desarrollar la comprensión basada en la realidad del suceso de crisis.</p> <p>b. Comprender la relación entre el suceso de crisis y las creencias del paciente, expect., "asuntos incompletos", imágenes, sueños y objetivos para el futuro.</p> <p>c. Adaptación/cambio de creencias, autoimagen y planes futuros bajo la luz del suceso de crisis.</p>	<p>a. Revisión del suceso de crisis y circunstancias circundantes.</p> <p><i>Técnicas:</i> Solución de problemas</p> <p>b. Discutir los pensamientos pre-crisis y expectativas, planes o impacto del suceso en cada una de estas áreas</p> <p><i>Técnicas:</i> Terapia Racional Emotiva.</p> <p>c. Ayudar al paciente en la adaptación de creencias, expectativas y diálogo interno.</p> <p><i>Técnicas:</i> Biblioterapia, reestructuración cognoscitiva, toma de decisiones, tareas, diálogo interno dirigido, hipnosis, imaginación, implosión, técnicas paradójicas, autoayuda, detención de pensamientos.</p>
<p>Adaptaciones Conductuales / Interpersonales</p>	<p>Conductual, Interpersonal</p>	<p>a. Realizar cambios en los patrones diarios de trabajo, juego y relaciones con la gente bajo la luz del suceso(s) de crisis.</p>	<p>a. Revisar con el paciente los cambios que puedan requerirse en cada una de las principales áreas; utilice sesiones de terapia, asignación de tareas y cooperación del sistema social, facilitar el cambio en cada área.</p> <p><i>Técnicas:</i> Orientación anticipada, enfrentamiento asertivo, conducta de ensayo, terapia familiar, retroalimentación, asignación de tareas, "asiento caliente", entrenamiento de habilidades interpersonales, terapia marital, modelamiento, encadenamiento, técnicas paradójicas, "roles-playing", autoayuda, desestabilización sistemática.</p>

3.1.3.1 Estrategias de Apoyo Psicológico a Personas Violadas desde el Enfoque de Intervención en Crisis

Roldán y Soto (1991) retoman el procedimiento de Intervención en Crisis durante las diferentes fases del síndrome postviolación.

Estas autoras sostienen que durante la etapa aguda el profesional que atiende a la víctima puede ayudarla a restablecer confianza en su habilidad para tomar decisiones, identificando lo que debe hacer en el momento y encaminarla hacia esas metas, mediante la realización de las siguientes tareas:

1. Iniciar una relación de apoyo en la que se exprese comprensión a la persona sin juicios de valor, corroborando la seguridad física y emocional de la víctima dentro de una relación de ayuda.
2. Ayudar a la víctima a identificar preocupaciones y necesidades más importantes como:
 - ◆ Temor al embarazo.
 - ◆ Temor a las enfermedades venéreas
 - ◆ Temor a reacciones futuras debidas al ataque
3. Brindar información sobre servicios médicos, policiales y legales con el propósito de reducir la ansiedad de la persona ante lo desconocido y apoyar su toma de decisiones.
4. Motivar y ayudar a la víctima a que utilice los sistemas de apoyo disponibles

- ◆ Reunir a la familia y amistades para hacerles ver lo que está pasando la sobreviviente y ayudarles a responder de manera que le den apoyo.
 - ◆ Explorar qué tan realistas son las percepciones de la víctima sobre cómo responderán los demás ante ella.
5. Ayudar a la persona violada a identificar sus fortalezas y mecanismos de ajuste previos:
- ◆ Explicar sus respuestas a situaciones que provocan tensión
 - ◆ Apoyar las habilidades que han sido positivas y sugerir nuevas alternativas.
6. Estimular a la víctima para que organice su futuro inmediato y sus necesidades de apoyo y seguridad.
7. Hacer referencias (canalizaciones) si es el caso.

Las autoras hacen algunas sugerencias para el psicoterapeuta durante esta etapa de síndrome postviolación, en donde la víctima está más accesible a las intervenciones de apoyo dado que sus defensas se encuentran "relativamente bajas", por lo que también está más vulnerable a la "manipulación y el control", de ahí la importancia de que la persona que brinda el apoyo respete y fomente la autonomía y la autoconfianza de la persona que fue violada, considerando las siguientes recomendaciones:

- ♦ Permitir que la víctima experimente sus emociones con respecto al ataque en el aquí y el ahora, facilitándole que exprese sus sentimientos fisiológicamente (llorando, temblando) de manera que pueda descargar tensión y restablecer su habilidad para pensar racionalmente y tomar decisiones.
- ♦ Ayudar a la víctima a verbalizar sus sentimientos, lo cual le permite ordenar su experiencia y le facilita recobrar el control y la perspectiva.
- ♦ Mantener una posición calmada, atenta e interesada durante la interacción con la víctima. Haciéndole ver a la sobreviviente que el ataque es una conducta inaceptable de parte del violador, pero ella de ninguna manera es inaceptable, facilitando así el aminoramiento de posibles sentimientos de vergüenza y culpa, y el temor a ser rechazada.
- ♦ Permitir que la persona violada establezca el tono emocional de lo que le sucede, manejar las preocupaciones que retiene y permitir que ella marque la pauta, lo cual ayuda a contrarrestar los sentimientos de desvalidez que le evoca el ataque.
- ♦ Utilizar el "reflejo" para clarificar y permitir una mayor comprensión, así como ayudar a la víctima a entender mejor.
- ♦ Apoyar los mecanismos defensivos pues son normales y útiles para que la víctima pueda "lidiar con la crisis inicial a su propio ritmo".

- ◆ Apoyar a la sobreviviente a explorar las alternativas de las que dispone para enfrentar su realidad; proceso que la estimula a recuperar el control de su vida y "le transmite la esperanza de que puede y será diferente".

Roldán y Soto (1991) hacen recomendaciones para el trabajo terapéutico en la fase de reorganización, la cual subdividen en tres etapas: pseudoajuste, de trabajo y de terminación, cada una con sugerencias específicas.

Durante la etapa de pseudoajuste, cuatro a cinco semanas después del ataque, la víctima reanuda muchas de sus actividades cotidianas, muchas veces es cuando abandonan la terapia. Los mecanismos de defensa de negación, represión y racionalización son los más importantes, presentando fantasías de que ella podría haber manejado de diferente manera el ataque (Roldán y Soto, 1991; Sullivan y Everstine, 1992).

Roldán y Soto (1991), Sullivan y Everstine (1992) sugieren para esta etapa:

- ◆ Respetar la decisión de la víctima de "retraerse" como una forma de mantener su sentido de control.
- ◆ Apoyar el progreso de la víctima y explicarle lo que está sucediendo y por qué está respondiendo así.
- ◆ Validar los sentimientos de la víctima, ofrecerle información sobre los cambios emocionales posibles y estimularla a continuar el proceso de resolución cuando esté lista.

- ◆ Anticipar a la víctima la reaparición de sentimientos de angustia y dolor al enfrentarse a nuevas situaciones.
- ◆ Si la sobreviviente elige no continuar su terapia, darle la seguridad de que puede volver cuando lo desee; y realizarle alguna llamada telefónica de seguimiento.

La etapa de trabajo consiste en apoyar a la sobreviviente a elaborar el dolor asociado con el ataque y regresarla a su nivel previo de funcionamiento, para lo cual el terapeuta puede:

- ◆ Ayudar a la víctima a adquirir nuevas habilidades para ajustarse y a ligar preocupaciones presentes que son provocadas por el ataque con conflictos anteriores.
- ◆ Apoyar a la víctima en el reconocimiento del impacto emocional que el ataque ha tenido en su persona, explorando y analizando a profundidad sus emociones.
- ◆ Promover que la sobreviviente identifique sus fortalezas y debilidades previas y posteriores al ataque, apoyando las habilidades que han sido positivas y desarrollando otras que puedan beneficiarla.
- ◆ Ayudar a la víctima a recobrar el control y aumentar su autoestima, planeando tareas específicas que la protejan y le den seguridad, en el trabajo, en la escuela, en su medio familiar.

- ◆ Estimularla a que busque apoyo en sus amistades y familia; preguntarle qué clase de apoyo necesita y qué puede recibir de los demás.

Roldán y Soto (1991), Sullivan y Everstine (1992), así como Slaikeu (1988) consideran muy importante el papel de terapeuta en la etapa de terminación del proceso, ya que en ella la sobreviviente integra los efectos del ataque en su autoimagen, sus relaciones interpersonales y expectativas; evalúa su progreso y se prepara para finalizar la terapia. En esta etapa el terapeuta puede:

- ◆ Ayudar a la víctima a reconocer y explorar los sentimientos de pérdida y temor surgidos al ver alterados sus sistemas de creencias sobre la confianza y las relaciones con los otros.
- ◆ Apoyarla durante el resurgimiento de sentimientos que había tenido en otras etapas, promoviendo su reflexión de que ahora está elaborando esos sentimientos "desde una posición de mayor fortaleza que antes y asegurarle que las regresiones no son un retroceso sino más bien una parte positiva y natural del proceso" (Roldán y Soto, 1991, pág 186).
- ◆ Trabajar los temores de la víctima respecto a la terminación del tratamiento; promoviendo que ella la termine con la sensación de logro.

El enfoque de intervención en crisis, ha sido sistematizado y adecuado a diversas situaciones de crisis, la violación es una de ellas, como ha podido verse. Su metodología, derivada de la teoría de la crisis y de la teoría de los sistemas, permite la aplicación de estrategias y técnicas desarrolladas por diversos enfoque terapéuticos, sin que se pierdan los objetivos y lineamientos de trabajo.

Duarte (1992) menciona que este enfoque ha sido retomado y adecuado para brindar ayuda breve y de emergencia a personas violadas en el COVAC; asumiendo su intención de "intervenir desde la esfera de lo social y subjetivo, con un acercamiento empático y humanitario; con una visión integral que permite tocar las áreas más importantes de la persona, ligarlas con su entorno y con las disciplinas que tradicionalmente atraviesan estas problemáticas como son, la mediana y el derecho, sin descuidar la visión social y las posibilidades reales con que cuenta en su comunidad, familia o trabajo" (pág. 8).

La intervención en crisis contempla la participación de especialistas que restauren y fortalezcan las diferentes áreas de la vida de la persona que se han trastocado al ser víctimas de una violación. Desde esta perspectiva se resalta la participación de los siguientes especialistas:

- ◆ Psicólogo(a) responsable del tratamiento integral de la víctima.
- ◆ Médico(a) Ginecólogo(a) responsable de promover medidas preventivas y prescribir el tratamiento de aspectos de la salud de la sobreviviente (embarazo, enfermedades sexualmente transmisibles, VIH-SIDA, lesiones y traumatismos físicos).
- ◆ Terapia Sexual que ofrezca el tratamiento de los problemas sexuales consecuentes al ataque.
- ◆ Abogado(a) que brinde asesoría y acompañamiento legal a la víctima durante el proceso penal que háyase iniciado por la decisión de ella.

Tales especialistas trabajan de manera conjunta en la consecución de un objetivo: la rehabilitación integral de la víctima, ayudarla a enfrentar la experiencia de la violación de modo que el suceso llegue a integrarse en la estructura de su vida con mayores elementos para enfrentar su futuro (Stalkeu, 1988; Roldán y Soto, 1991; Martínez, 1993).

3.1.4 Enfoque Cognitivo Conductual

En el contexto del análisis cognitivo conductual, en la violación ocurre una situación de condicionamiento aversivo en extremo que produce respuestas condicionadas de miedo que se generalizan a todas los eventos relacionados con el ataque (Valladares, 1993). Esto es, el dolor, la amenaza de ser herida, la violación en sí misma, funcionan como estímulo incondicionado inductor de una respuesta incondicionada de ansiedad y terror.

"A través de un proceso de condicionamiento por contigüidad temporal o física con los estímulos incondicionados, los estímulos condicionados, algunos universales (hombre, pene, etcétera), y otros específicos llegan a elicitar respuestas de ansiedad" (Corral, Echebúrua y Sarasúa, 1990, citadas en Trujano, 1992; pág. 118).

Posteriormente a la violación ocurre un condicionamiento de segundo orden, en el que las cogniciones de la víctima acerca del evento producen respuestas de evitación y escape (Trujano, 1992, Valladares, 1993).

Trujano (1992) menciona que las conductas de evitación de las situaciones de temor, provocadas por la ansiedad anticipatoria, reducen tal temor, con lo que se refuerza la evitación y se decremantan las conductas que anteriormente resultaban reforzantes, facilitándose la depresión. Sin embargo, cuando las sobrevivientes no pueden retirarse a evitar los estímulos generadores de estrés y se confrontan con ellos, es más probable que extingan las "falsas contingencias" y decrementen su ansiedad .

De esta manera, según las palabras de esta autora "el hecho de que la víctima vuelva a involucrarse en actividades sociales e interpersonales (un signo aparente de recuperación de salud) estará frecuentemente acompañado por la elevación de los síntomas postataque, principalmente por la ansiedad, pero esta elevación del síntoma es una etapa necesaria en el proceso de extinción de la misma" (pág. 119)

3.1.4.1 Estrategias de Apoyo Psicológico a Personas Violadas desde el Enfoque Cognitivo Conductual

En el marco cognitivo conductual se han desarrollado estrategias terapéuticas diversas, entre las que se encuentra el Procedimiento de Intervención Conductual Breve, utilizado por Veronen y Kilpatrick (citados en Trujano, 1992) con una duración de cuatro a seis horas en dos sesiones y cuyo objetivo es evitar el desarrollo de fobias, conductas de ansiedad, reacciones depresivas y/o sentimientos de culpa.

Los ejes básicos de este procedimiento son:

- Desahogo de la experiencia sufrida, entrenamiento en respiraciones profundas y en relajación muscular.

- Explicación del desarrollo de miedos y ansiedad suscitados por la violación a partir de la teoría del aprendizaje, información a la víctima de que lo que le ocurre no es anormal.
- ◆ Explicación de los sentimientos de culpa inducidos culturalmente por los mitos.
- ◆ Enseñanza de habilidades de afrontamiento, tales como asertividad, entrenamiento en autoinstrucciones o en estrategias de recuperación para reiniciar actividades

Este procedimiento terapéutico retoma la conceptualización feminista de la violación, así como los diversos estudios realizados sobre síndrome posviolación en el marco de la teoría del aprendizaje y con procedimientos de modificación de la conducta. Al efectuar un análisis de la violación desde la perspectiva cognitivo conductual, Valladares (1993) distingue el conjunto de estímulos antecedentes, las respuestas evocadas y las consecuencias:

- ◆ *Antecedentes:*
 - Violación como evento altamente aversivo e inesperado.
 - Atribuciones y expectativas acerca de la violación.
 - Mitos acerca de la violación.

◆ *Comportamiento:*

- Ansiedad: respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras
- Miedo
- Parálisis
- Terror
- Sentimiento de ira e impotencia.

◆ *Consecuencias:*

- Conductas de evitación
- Aislamiento
- Depresión
- Autoevaluación
- Deterioro en la sensación de seguridad
- Problemas familiares, legales, sociales y sexuales.

En otro trabajo, la misma autora (Valladares, 1989) presenta el procedimiento cognitivo conductual aplicado en el PIAV, cuyo objetivo general consiste en entrenar a las personas que hayan sido violadas en habilidades de afrontamiento que les permita reducir las respuestas de ansiedad (fisiológicas, motoras, cognitivas y afectivas) provocadas por el asalto.

El modelo de tratamiento involucra una modalidad de Terapia de Apoyo basada en la intervención en crisis y otra modalidad de Terapia Cognitiva Conductual. Esta última se subdivide en tres fases: *educativa, de tratamiento y de aplicación.*

Durante la fase *educativa* se ofrece a la persona una conceptualización social del problema o partir del análisis conjunto entre terapeuta y víctima, se evalúan las consecuencias que el evento ha tenido para la víctima, sus recursos de afrontamiento, se reflexiona sobre la lógica del tratamiento y se analizan las metas.

La fase de *tratamiento* consiste en el entrenamiento de habilidades que permitan a la víctima su mejor desempeño en las áreas fisiológicas, cognitiva, y motora, mediante la utilización de diversos procedimientos de relajación, asertivo y racional emotivo.

La fase de *aplicación* consiste en llevar a cabo las habilidades y/o recursos aprendidos y/o desarrollados en su vida cotidiana.

Este procedimiento en su conjunto pretende de manera específica que la paciente:

- ◆ Adquiera información sobre la violación como problema social relacionado más con el uso de la violencia que con su sexualidad.
- ◆ Se relaje ante situaciones de ansiedad relacionadas con el ataque.
- ◆ Se dé cuenta de las cogniciones erróneas provocadas por la violación
- ◆ Sea capaz de cambiar sus cogniciones negativas por cogniciones racionales y realistas.
- ◆ Sea capaz de hablar sobre la violación con las personas que considere conveniente: ministerio público, familiares, pareja.

- ◆ Sea capaz de iniciar, mantener y terminar conversaciones con personas con características similares al atacante.
- ◆ Sea capaz de enfrentarse en vivo a situaciones que al inicio del tratamiento le produjeron ansiedad.
- ◆ Discrimine y analice situaciones de peligro y planee alternativas de acción.
- ◆ Adquiera información sobre las medidas de seguridad en la casa, calle y transporte público.

Además, la(el) terapeuta realiza la labor de acompañar a la víctima durante procesos importantes para enfrentar la violación, como son el juicio legal, revisiones médicas, así como el trabajo de sensibilización necesario para que se vincule a servicios de asistencia social, educativo y/o laboral que favorezcan su crecimiento personal.

En resumen, pudo observarse que aún cuando las estrategias de apoyo psicológico se deriven de algún enfoque psicológico en particular, el enfoque conceptual de la violación propuesta inicialmente por la perspectiva feminista, así como los estudios sobre estrés postraumático, específicamente el síndrome postviolación, son la base de cualquier acercamiento entre el personal profesional de apoyo y las personas violadas.

Además independientemente del enfoque psicológico del que parte el profesional que brinda el apoyo, esa persona debe poseer habilidades, capacidades y recursos que le permitan interactuar con personas que han sido violentadas sexualmente en un contexto de apoyo de emergencia.

3.2 Lineamientos para el Apoyo Psicológico de Emergencia a Personas Violadas

A partir de los enfoques conceptuales y metodológicos revisados en el apartado anterior, es posible identificar algunos lineamientos que rigen la atención a víctimas de violación, independientemente del enfoque desde el que se proporcione.

Tales lineamientos pueden dividirse en dos conjuntos, uno que se refiere a las características de la interacción entre el(la) psicólogo(a) que brinde el apoyo y la persona que lo recibe, y otro que contempla las habilidades o destrezas del(la) psicólogo(a) para proporcionar apoyo de emergencia a personas violadas..

3.2.1 Características de la Interacción entre el(la) Psicólogo(a) y la Persona que Recibe el Apoyo Psicológico de Emergencia

Duarte (1992), Martínez (1993), Aresti (1989) y otras autoras mencionan cuando una persona que fue violada asiste a un centro de apoyo especializado se encuentra ante la posibilidad de observar su problema con mayor objetividad, al establecer una relación profesional y afectiva con una persona que:

- a. La acompañe en su proceso emocional y le permita explorar de manera libre y con respeto lo que piensa y siente respecto a la violación que sufrió.
- b. Le permita a través del diálogo con ella o él, mirar desde diferentes lugares lo que le sucedió, haciendo posible trabajar con y contra los prejuicios y mitos sociales introyectados y manejar sus valores propios, distinguiéndolos de los de los otros.

- c. Considere sus características como persona única irrepetible.
- d. Indague cómo se explica ella misma lo sucedido y cuáles son sus necesidades más urgentes.
- e. Apoye sus procesos de toma de decisiones, ofreciéndole:
 - ◆ Información oportuna y pertinente respecto a situaciones de riesgo físico (embarazo, infecciones, enfermedades sexualmente transmisibles, lesiones discapacitantes) o emocionales en las que puede encontrarse y promueva el que de manera conjunta se generen medidas autoprotectivas o de búsqueda de otros apoyos (familiar, escolar, laboral, médico, legal, social).
 - ◆ Un espacio de análisis y reflexión de las diferentes opciones referentes a la decisión que desea tomar (por ejemplo, denunciar o no, abortar o no, confiar lo que le sucedió a x persona), de manera que puedan evaluarlas y elegir lo más conveniente para su persona.
- f. Identifique sus necesidades específicas de apoyo y dé una respuesta inmediata, vinculándola con servicios especializados de:
 - ◆ Apoyo Social
 - ◆ Apoyo Legal
 - ◆ Apoyo Médico
- g. Conozca y entienda lo que le sucede y lo difícil que resulta solicitar ayuda, y establezca un nivel de comprensión que le permita expresar sus ideas, temores, expectativas, en cualquier momento.

- h. Le ayude a tener una visión propia de su "experiencia traumática" y le haga comprender la necesidad de "actuar" para su bienestar, adiestrándola en habilidades específicas.
- i. La motive a actuar en su beneficio, aplicando en su vida cotidiana lo aprendido durante las sesiones de apoyo.
- j. Le genere, a través de la interacción con él o ella una perspectiva del mundo en la que pueda rescatar su proyecto de vida.

Para hacer posible una interacción con tales características es necesario que la persona que proporciona el apoyo haya desarrollado ciertas habilidades como se verá a continuación.

3.2.2 Habilidades para Proporcionar Apoyo Psicológico de Emergencia a Personas Violadas

Algunos estudios se han centrado en identificar las habilidades o destrezas de las personas que ejercen una profesión de ayuda y que son efectivas en su trabajo, tales como los trabajos de Carkhuff (1972) y Martín (1967, citado en Repetto, 1980), quienes encontraron que son muy pocos los profesionistas efectivos en su trabajo al observar y analizar sus interacciones con sus clientes o usuario del servicio de orientación o psicoterapia.

Carkhuff (1972) y Egan (1981) señalan que las destrezas del profesional de ayuda están en función de los objetivos y características del modelo de ayuda. Estos autores han analizado una gran diversidad de enfoques psicoterapéuticos y de orientación y han concluido que todos los procesos de atención atraviesan invariablemente por tres etapas básicas y una fase de preayuda:

- ◆ Fase de preayuda o precomunicación, consiste en atender al otro, tanto física como psicológicamente, "estar" y trabajar con el otro.

Las destrezas del terapeuta en esta fase son prestar atención física y psicológica al cliente. Para atender físicamente se requiere adoptar una posición de "envolvimiento" a través de los siguientes comportamientos:

- Mirar a la cara del otro directamente
- Mantener un buen contacto ocular
- Mantener una postura "abierta", no defensiva
- Inclinarsse hacia el otro
- Mantenerse relativamente relajado

La atención psicológica consiste en observar la manera general de expresarse del cliente, observar la conducta no verbal (movimientos corporales, gestos, expresiones faciales), la conducta paralingüística (tono de voz, inflexión, espacio entre las palabras, énfasis, pausas) y la conducta verbal, identificando el mensaje de esa expresión general.

- ◆ Etapa de respuesta al cliente / Autoexploración. La meta de esta etapa es responder al cliente y a lo que él tenga que decir con respeto y empatía, establecer armonía y una relación de trabajo efectivo y de colaboración con el cliente, facilitar la autoexploración del cliente. La tarea del cliente consistirá en explorar sus experiencias, conducta y sentimientos relevantes en la problemática de su vida, así como las formas en las que está viviendo, tanto efectiva como inefectivamente.

Las destrezas o habilidades del profesional que proporciona la ayuda en esta etapa son:

- Ser *empático*. Debe responder al cliente demostrándole que lo ha escuchado y que comprende cómo se siente (el cliente) y lo que está diciendo sobre sí mismo. Debe ver el mundo del cliente desde el marco de referencia de él, no del suyo propio, y una vez que lo comprenda comunicar esta comprensión.

- Ser *auténtico y genuino*; esto es: expresar a otro lo que se está experimentando actualmente, comunicar sin distorsionar los mensajes propios, escuchar sin distorsionar los mensajes de los otros, revelar su verdadera motivación en el proceso de comunicar su mensaje, ser espontáneo, discriminando entre sus valores y los del otro y siendo consistente en lo que piensa, siente y actúa.

- Ser *respetuoso*, estando dispuesto a trabajar con el cliente, considerándolo como único y autodeterminando, asumiendo su buena disposición, prestándole atención, suspendiendo juicios críticos, haciendo una valoración de los recursos del cliente y siendo apropiadamente "cálido".

- Ser *concreto* en sus respuestas, ayudando al cliente a ser concreto en su autoexploración. Para Egan ser concreto significa "tratar con sentimientos específicos, experiencias específicas y conductas específicas en situaciones específicas", para lo cual se pueden hacer preguntas de sondeo y abiertas al cliente.

- ◆ Etapa de entendimiento integrativo / Autoentendimiento dinámico.
El profesional de ayuda empieza a reunir la información proporcionada por el cliente en la etapa anterior, observa y ayuda al otro a identificar temas o patrones de conducta, le ayuda a tener un mayor panorama de la situación y promueve que sea el cliente quien realice este proceso integrativo y que identifique recursos.

Para lograr esa meta es necesario que el profesional desarrolle las habilidades siguientes:

- Continuar y desarrollar su comportamiento empático, esto es, que comunique al cliente que entiende su mundo y las implicaciones de este entendimiento. El profesional puede utilizar técnicas diversas para comunicar esta comprensión de la situación del cliente, tales como: hacer sumarios o resumen de lo que el otro ha dicho, conectar islas de sentimientos, experiencias y conductas que el cliente deja desconectadas, ayudarle a llegar a conclusiones lógicamente derivadas de las premisas y/o presentarle marcos de referencia alternos para entender su propia conducta y la de otros
- Disposición para descubrir algún aspecto de sí mismo ante el cliente en momentos en que sea conveniente para éste.
- Aplicar la confrontación, es decir, poder invitar al cliente a examinar algún aspecto o dimensión de su conducta que esté evitando a éste entenderse a sí mismo completamente o avanzar hacia un cambio constructivo de conducta.

- Ampliar la proximidad, o sea la habilidad de discutir directa y abiertamente con otra persona, en este caso el paciente, lo que está sucediendo en el aquí y el ahora. Pueden tratarse temas como las diferencias entre él y el paciente, la confianza, dependencia, dirección y resistencias.

- ◆ Etapa de facilitación de la Acción / Actuación. En esta etapa el profesional colabora con el paciente en la preparación de un programa específico de acción; explora con él los medios que permitirán al paciente vivir más efectivamente y manejar las dimensiones socioemocionales de su vida. y desarrollar nuevos recursos.

Las habilidades necesarias en esta etapa son:

- Mantener el contacto empático.

- Colaborar con el paciente en la elaboración de un programa de acción, mediante el desarrollo de técnicas de solución de problemas, procesos de toma de decisiones, programas de modificación de conducta, tareas, o adiestramiento en otras habilidades específicas.

- Mantener una conducta de apoyo, reforzando los éxitos del paciente y asesorarlo en problemas que emerjan en esta fase de acción.

Por otra parte, Gómez del Campo (1994) establece que para proporcionar apoyo de emergencia a una persona en crisis el profesional debe poseer las siguientes actitudes y habilidades que faciliten la comunicación:

- a. Actitud positiva incondicional, lo cual involucra una aceptación cálida y genuina de cada aspecto de la experiencia de la persona.
- b. Congruencia, correspondencia entre lo que la persona piensa, siente y hace, "ser uno mismo".
- c. Empatía, comunicar entendimiento de la experiencia del otro desde su propia visión del mundo.
- d. Confrontación, comunicar al otro las discrepancias que se observan entre lo que piensa y lo que dice; entre lo que siente y lo que dice; entre lo que dice y lo que hace; entre sus palabras y su lenguaje corporal; entre su autoimagen y la forma en que los demás lo ven y entre la vida que lleva y la que quisiera llevar. Esta comunicación debe hacerse una vez que se ha establecido un nivel profundo de empatía.
- e. Asertividad, capacidad para autoafirmarse y defender los propios derechos sin agredir a los demás; pues es una habilidad que ejercitará y modelará en su interacción con la persona que requiere el apoyo.
- f. Habilidades para facilitar la solución de problemas, conocimiento y aplicación de técnicas que permitan la definición del problema en términos de necesidades, la búsqueda de soluciones, la evaluación de cada opción, establecer un plan de acción, la ejecución del plan, la evaluación del proceso de solución de problemas.

- g. Habilidades para el diagnóstico clínico, refiriéndose particularmente al manejo de entrevista y algunas técnicas de evaluación psicológica sencillas y rápidas de aplicar y calificar.
- h. Habilidades para la investigación evaluativa, que el profesional conceptualice su práctica como un proceso de investigación y evaluación, y organice y sistematice su información.
- i. Manejo de técnicas gestálticas, ya que son útiles en el trabajo directo de las emociones de las personas y para el cierre de asuntos inconclusos, como procesos de duelo. Ejemplos de estas técnicas son: la inducción del afecto, el uso de la silla vacía, la fantasía dirigida o autodirigida, etcétera.
- j. Manejo de técnicas de enfoques corporales, dado que la tensión, el insomnio, la pérdida de apetito y la alteración de otros patrones biológicos se presentan muy comúnmente en situaciones traumáticas. Ejemplos de estas técnicas son: ejercicios aeróbicos, dietas, técnicas de masaje y relajación.
- k. Conocimiento y aplicación de otros recursos técnicos que enriquezcan su desempeño profesional y puedan emplearse con efectos positivos en el enfrentamiento de las crisis, tales como: la bioretroalimentación, la hipnosis, la biblioterapia, el control del dolor, la desensibilización sistemática, la inhaloterapia, la meditación y las derivadas de otras disciplinas psicocorporales.

A partir de las estrategias de apoyo psicológico de emergencia mencionadas en el apartado anterior y de las sugerencias de los autores que se acaban de presentar, puede concluirse que para apoyar psicológicamente a una persona violada se requiere que, independientemente del enfoque psicológico del que parta el profesional, éste posea los siguientes conocimientos, habilidades y actitudes:

- Posea un marco conceptual de la violencia sexual basada en la perspectiva de género, teoría de la crisis y síndrome postraumático que permita la contextualización de la experiencia de la persona que ha sido violada.
- Posea conocimiento de los derechos humanos en general y especialmente de los de aquellos grupos que han sido más vulnerables a la violencia, como son las mujeres y niños (anexo 1).
- Posea conocimientos de los avances que ha habido en cuanto al planteamiento, ejercicio y defensa de los derechos de las víctimas del delito en este país (anexo 2).
- Conozca las necesidades médicas, legales y sociales de una persona que ha sido violada y las instancias (centros, clínicas, procuradurías, etc.) que puedan proporcionarle apoyo (anexo 3).
- Se actualice en cuanto a los procedimientos médico-legales que involucra una denuncia legal de violación (anexo 4).
- Practique un modelo conceptual y metodológico que permita la reflexión, análisis y el abordaje de la violación.

- Sea un profesional abierto a la reflexión, evaluación y ejercicio de otros modelos de trabajo, mínimamente al reconocimiento de que la aplicación de algunas técnicas terapéuticas puede ser conveniente en ciertos casos, aún cuando deriven de otros enfoques psicológicos. Tal es el caso de las técnicas gestálticas (silla vacía, inducción del afecto, fantasía dirigida o autodirigida), psicocorporales (masaje, relajación, danza), las sugeridas por la terapia centrada en la persona (técnicas para promover la autoexploración) y las técnicas conductuales (básicamente relajación, desensibilización sistemática, modelamiento y moldeamiento de habilidades).
- Sea empático y ejercite las habilidades y actitudes mencionadas por Egan (1981), tales como el ser una persona auténtica y genuina, ser respetuosa de los valores, creencias, conductas e ideas de los otros, ser concreta, ser congruente.
- Confrontar la comunicación con las otras personas.
- Sea asertivo en sus relaciones cotidianas y profesionales.
- Ejercite y facilite en los otros las habilidades en solución de problemas y toma de decisiones.
- Trabaje directamente las emociones de las personas que le solicitan ayuda profesional, mediante la aplicación de las técnicas pertinentes.
- Tenga una actitud positiva ante la vida y el trabajo con víctimas de la violencia.

- Tenga una actitud positiva ante la retroalimentación permanente de su trabajo.
- Esté dispuesto y preparado para sistematizar su práctica profesional y los resultados que de ella se desprendan.
- Trabaje con entusiasmo y compromiso como integrante de un equipo de trabajo multi e interdisciplinario.

De este modo, es posible apreciar que el profesional que proporciona apoyo psicológico de emergencia a personas violadas debe contar con un conjunto de herramientas teórico-técnicas que le permitan el ejercicio de su trabajo, además de contar con características que como ser humano posee que generen en la persona violada confianza, respeto y una comunicación natural como base del desarrollo cognitivo, afectivo y social de dicha persona.

Desde esta perspectiva el proceso de apoyo de emergencia constituye una actividad profesional soportada por un conjunto de conocimientos y habilidades derivadas tanto del estudio del problema de la violación, sus efectos y forma de tratamiento a víctimas, como del entrenamiento específico de las habilidades necesarias para ejercer tal actividad; habilidades fincadas en una conceptualización de la persona violada como un ser humano activo, propositivo, con necesidades y características propias que puede aprovechar para construirse una vida presente y futura con calidad, en la que la violación tenga, en la medida de lo posible, el menor número de efectos negativos.

Así, tal actividad profesional puede ser ejercida por psicoterapeutas que integren el marco psicológico del que se han apropiado (psicoanálisis, cognitivo-conductual, humanista) al marco conceptual, básicamente social-feminista, que se ha construido para el análisis de la violencia sexual, de tal manera que se garantice el ejercicio profesional y humano de su práctica al ofrecer apoyo de emergencia a personas violadas.

3.3 *Resumen del Tercer Capítulo*

En el tercer capítulo se presentaron los marcos conceptuales y metodológicos desde los que se ha abordado la atención psicológica a víctimas de eventos violentos en general y de violación en particular, así como las estrategias de apoyo específicas que han permitido a tales personas integrar de manera adaptativa eventos negativos y altamente estresantes a su vida. Los marcos conceptuales y metodológicos analizados fueron el Estrés Postraumático, el enfoque del Psicoanálisis, la intervención en Crisis y el enfoque Cognitivo-Conductual; exponiéndose las estrategias de apoyo psicológico utilizadas particularmente con personas que han sido violadas.

Fueron identificados algunos lineamientos que rigen la atención a víctimas de violación comunes en todos los enfoques analizados, presentándose tanto las características de la interacción entre el profesional que presta el apoyo psicológico de emergencia y la persona que lo recibe; así como las habilidades específicas que el profesional debe tener para proporcionar apoyo psicológico de emergencia a personas violadas.

Se enfatizó la importancia de proporcionar atención profesional y humana a quienes han sido víctimas de violación basada en la preparación teórico-técnica del(la) psicólogo(a) y en el entrenamiento de las habilidades necesarias para brindar tal atención.

CONCLUSIONES

La información expuesta en el presente trabajo ha resaltado la conceptualización de la violencia sexual como un problema social y político, sostenido por el ejercicio de roles de género exagerados y contrapuestos; prevaleciendo una relación interpersonal jerarquizada en la cual un individuo asume una supuesta superioridad con respecto a otro, generalmente hombre-mujer o adulto(a)-niño(a).

Se partió de la definición social-feminista de la violación para el desarrollo de cada uno de los subtemas abordados; entendiéndola como un acto por medio del cual una persona dispone sexualmente de otra sin su consentimiento, haciendo uso de la fuerza física, la intimidación o el engaño (Bedolla, 1986).

Las ideas, creencias y actitudes que subyacen al ejercicio y mantenimiento de los roles estereotipados de género y de la violación, han generado un conjunto de mitos respecto al evento mismo y respecto a las víctimas, que contribuyen a la agudización de las secuelas postviolación; mitos que han sido desarticulados con los resultados arrojados por los diversos estudios epidemiológicos sobre violencia sexual (CAMVAC, 1983, 1985; Sabido, 1984; Rodríguez y Tocaven, 1988; P.G.J.D.F., 1991; Valladares, 1993; Pérez, 1995).

Tales estudios han demostrado que la mayoría de las víctimas de violación son mujeres que son agredidas por un hombre, generalmente conocido. Ante este evento nunca deseado por una mujer, la víctima presenta un conjunto de emociones, conductas, pensamientos y sensaciones específicas.

Todos los autores que hacen referencia a las secuelas postviolación (CAMVAC, 1985; Veronen y Kilpatrick, 1985; Aresti, 1989; Kort, 1990 y Valladares, 1993) han confirmado el desarrollo del síndrome postviolación expuesto inicialmente por Burgess y Holmstrong (1974); aunque cada uno de ellos especifica que no existe un solo patrón de victimización; ya que las respuestas de una mujer ante la violación dependen de sus antecedentes de desarrollo psicoafectivo, su nivel de funcionamiento social, habilidades de afrontamiento tras la agresión, aspectos específicos del ataque (grado y tipo de violencia), sucesos ambientales posteriores al ataque, la reacción de las personas significativas de su entorno y su acceso a las estructuras de apoyo social.

El apoyo social a las personas violadas ha sido considerado como un factor muy importante en la reducción de las secuelas postviolación (Aresti, 1988; González, 1989; Kort, 1990; Sullivan y Everstine, 1992). En nuestro país, algunos grupos de mujeres y afortunadamente hombres también, han emprendido el desarrollo de centros de atención a personas violadas que proporcionan en sí mismos apoyo psicológico, médico y legal y enlazan a la víctima con el resto de las estructuras de apoyo de la comunidad.

Tales centros de apoyo son organizaciones tanto gubernamentales como no gubernamentales que han brindado atención de emergencia a víctimas de violación que incluye:

- ◆ Apoyo y contención emocional.

- ◆ Información y reflexión conjunta (entre quien brinda el apoyo y quien lo recibe) de la violación como un problema histórico-social con base en las relaciones de género.

- ◆ Orientación legal especializada sobre el delito del que fue víctima, que contempla información sobre los procedimientos médico-legales que involucran una denuncia por violación, así como acompañamiento durante el proceso jurídico.
- ◆ Atención médica, en algunos casos.
- ◆ Vinculación con instituciones que coadyuvan al bienestar y rehabilitación de la persona, tales como hospitales o clínicas, cursos y/o talleres culturales o de desarrollo personal, bolsa de trabajo, etcétera.

Todos los centros de apoyo presentados en este trabajo cuentan con un equipo de trabajo multidisciplinario que integra la labor de psicólogos(as), médicos(as), abogados(as), trabajadores(as) sociales, antropólogos(as), sociólogos(as) que debieran, si no es que ya lo hacen (COVAC, ADIVAC), compartir la misma concepción social de la violencia sexual y poseer y mantener la sensibilización necesaria que les permita ofrecer el apoyo empático que una persona violada requiere de su profesión.

Al respecto, sería conveniente realizar un estudio de campo que evalúe dicha concepción, así como las estrategias particulares (técnicas, procedimientos) que cada profesional utiliza en la atención a personas violadas, pues es probable que la práctica de los centros de apoyo sea diferente del discurso que presentan, ya sea porque no alcancen a cubrir sus objetivos, como lo demuestran las investigaciones de González Ascencio (1993) y Lagunes (1997); o bien, porque son rebasados por la actividad y habilidades de los profesionales que prestan sus servicios pero que no se cuenta con estrategias de sistematización de la experiencia.

Aun cuando las estrategias de apoyo psicológico, médico y legal de los centros de apoyo a personas violadas han sido poco sistematizadas, el equipo de trabajo ha incorporado la información que dá contexto a la violación desde la perspectiva social-feminista, así como los estudios de caso y abordajes del síndrome postviolación.

En lo que se refiere a la participación del(la) psicólogo(a) en el apoyo de emergencia a personas violadas se destacan tres elementos a considerar:

- a. El marco conceptual que dá contexto a la atención del profesional.
- b. Las estrategias de apoyo psicológico utilizadas durante la atención a personas violadas.
- c. Los lineamientos generales que guían la prestación del apoyo psicológico de emergencia a personas violadas.

Los principales marcos conceptuales de los que parte el(la) psicólogo(a) que brinda apoyo de emergencia a personas violadas han sido el enfoque psicoanalítico, la intervención en crisis y el enfoque cognitivo-conductual.

Las estrategias de apoyo utilizadas por el(la) psicólogo(a) parten de cada uno de esos marcos conceptuales, aunque en algún momento convergen dado que comparten el empleo de la entidad "estrés postraumático" y la visión social feminista de la violación. De este modo, es posible identificar lineamientos generales que guían la atención psicológica de emergencia a personas violadas. Tales lineamientos tienen que ver con las características de la interacción entre el(la) psicólogo(a) y la persona que recibe el apoyo, y con las habilidades del(la) psicólogo(a) para proporcionar el apoyo.

La interacción entre el(la) psicólogo(a) y la persona violada debe ser una relación empática, basada en el respeto, la confidencialidad, la reflexión y análisis de la situación de la víctima y en la que exista:

- La promoción permanente del profesional para que la persona que fue violada analice sus propios valores, ideas y creencias; indague cómo se explica ella misma lo sucedido y determine sus necesidades más urgentes.
- El apoyo del(la) psicólogo(a) durante los procesos de toma de decisiones de la víctima, proporcionándole información de factores de riesgo (embarazo, infecciones, enfermedades sexualmente transmisibles, lesiones) y promoviendo factores de protección, tales como medidas de autocuidado y búsqueda o enlace con otras fuentes de apoyo (familiar, escolar, laboral, médico, legal, social); así como la evaluación conjunta de las diferentes opciones referentes a la decisión que está en juego (denunciar o no, abortar o no) para que la persona pueda elegir la opción que más le convenga, de acuerdo a su propio proyecto de vida.
- El rescate permanente de la autoestima de la persona violada, permitiéndole verse como un ser único o irrepetible.
- La construcción en la persona violada de una visión "propia" de su "experiencia traumática".
- La promoción del(la) psicólogo(a) en la víctima de la necesidad de que ésta actúe en su beneficio, adiestrándola en habilidades específicas.

Una interacción con las características anteriores será posible en la medida en que el(la) psicólogo(a) posea las siguientes habilidades:

- Contextualice su práctica desde un marco conceptual de la violencia sexual basado en la perspectiva de género, teoría de la crisis y síndrome postraumático en congruencia con su propia perspectiva psicológica.
- Conozca los derechos humanos, derechos de las víctimas del delito, las necesidades de las víctimas de violación y las instituciones de apoyo integral.
- Sea reflexivo(a) y abierto(a) a la evaluación y ejercicio de otros modelos de trabajo y técnicas específicas útiles en el tratamiento a personas violadas, aún cuando deriven de un enfoque psicológico diferente al suyo.
- Sea empático(a), asertivo(a).
- Ejercite y facilite en otros las habilidades en solución de problemas.
- Trabaje directamente las emociones de la víctima, con las técnicas adecuadas.
- Una actitud positiva ante la vida, el trabajo con víctimas de la violencia y ante la retroalimentación permanente de su trabajo.
- Disposición y preparación para sistematizar su práctica profesional y los resultados que de ella desprendan.
- Disposición para el trabajo multi e interdisciplinario.

Como puede verse, para proporcionar apoyo psicológico de emergencia a personas violadas el(la) psicólogo(a) requiere de una preparación que incluya el manejo de conocimientos básicos respecto a la violencia sexual, sus consecuencias y su tratamiento, y el entrenamiento de las habilidades indispensables para su interacción con personas que han sido agredidas sexualmente, por lo que no es suficiente por sí mismo el "querer apoyar" o el conocer el marco conceptual.

Actualmente se está trabajando mucho respecto a la capacitación de los diferentes agentes que integran las estructuras de apoyo social a víctimas de la violencia; capacitación que debiera ser permanente para hacer posible la constante sensibilización del personal en la atención a personas violadas.

Tal vez un recurso útil en la conservación de la actitud sensible y empática de los profesionales que proporcionan atención a víctimas de violación sea el intercambio de su experiencia en la ayuda de emergencia con otros grupos, así como la evaluación constante de la propia práctica y la sistematización de la misma y sus resultados, es decir, saber qué se hace, para qué se hace, cómo se hace.

Como psicólogo(a) es conveniente que el profesional se reconozca como un ser humano con conocimientos, habilidades, creencias, valores y posiciones propias ante la violencia; que se rescate como un ser auténtico y genuino que reconoce sus alcances y limitaciones.

El apoyo de emergencia a personas violadas requiere de un profesional, independientemente de su disciplina, que dinamice sus conocimientos, habilidades y actitudes en beneficio de su desarrollo profesional y humano paralelamente al desarrollo y bienestar de la persona sobreviviente de una violación.

BIBLIOGRAFÍA

ADIVAC. (Sin fecha) Dóptico..

Aresti, L. (1988) Estrategias de apoyo a las víctimas de la violencia sexual. Taller de Educación Continua. Facultad de Psicología. UNAM. México.

Aresti, L. (1989, Abril) "La violación". Revista Casa del Tiempo. 84, 46-50.

AVISE. (Sin fecha) Tríptico..

Bandura, A. y Ribes, E. (1977) Modificación de conducta. Análisis de la agresión y la delincuencia. México: Trillas.

Bedolla, P. (1986) Violencia contra las mujeres. Centro de Estudios de la Mujer. Facultad de Psicología. UNAM. México.

Bedregal, X. (1991) "Algunos hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres". En: X. Bedregal, I. Saucedo y F. Riquer (comp.). Hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres. México: Ediciones CICAM.

Bellak, L. y Siegel, H. (1986) Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México: Manual Moderno.

Bellak, L. y Small, L. (1990) Psicoterapia breve y de emergencia. México: Pax .

Brownmiller, S. (1981) Contra nuestra voluntad. Barcelona: Planeta.

Burgess, L. y Holmstrong, A. (1974) "Rape trauma syndrome". The American Journal of Psychiatry. 131:(9), 981-986.

Cabrera, V. (1991) "Modelo de intervención psicoterapéutica en niños víctimas de maltrato". En Memoria del II Encuentro de Psicología Clínica Institucional: El quehacer del psicólogo clínico, alcances y desafíos. Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". México.

Campuzano, M. (1987) "Breve interludio teórico. Los desastres naturales y sus repercusiones psicológicas". En: M. Campuzano, A. Capillo e I. Díaz. Psicología para casos de desastre. México: Pax

CAMVAC. (1983) Curso de entrenamiento e información básica para la atención solidaria y feminista a mujeres violadas. Carpeta de capacitación. México.

CAMVAC. (1985) Violencia Sexual. Carpeta de Información Básica. México.

Carkuff, R. (1972) "New directions in training for the helping professions: Toward a technology for human and community resource development." Counseling Psychologist. 3 (3), 12-30.

Contreras, N. y Valladares, P. (Sin Fecha) PIAV. Folleto informativo.

De Beauvoir, S. (1989) El segundo sexo. Los hechos y los mitos. México: Siglo Veinte-Alianza

Delfín, F. (1990) "La sexualidad en el ciclo vital". Carpeta del taller: El papel de trabajador social en el manejo de niños víctimas de abuso sexual. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México.

Diario Oficial. Abril 15 de 1989 (a).

Diario Oficial. Octubre 27 de 1989 (b).

- Díaz, I. (1987) "El sismo: repercusiones psicológicas". Un modelo terapéutico. En: M. Campuzano, A. Carrillo, I. Díaz. Psicología para casos de desastre. México: Pax
- Dowdeswell, J. (1987) La violación: hablan las mujeres. Barcelona: Grijalbo.
- DSM IV. (1997) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Madrid: Masson, S.A.
- Duarte, P. (1992) Ayuda breve y de emergencia: un modelo para todas. México: COVAC.
- Egan, G. (1981) El orientador experto: Un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal. México: Grupo Editorial Iberoamérica.
- Enciclopedia del Idioma. (1988) Tomos I y II. México: Editorial Águila.
- Ferreira, G. (1989) La mujer maltratada. Un estudio sobre las mujeres víctimas de la violencia doméstica. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Goldstein, J. (1978) Agresión y delitos violentos. México: Manual Moderno.
- Gómez del Campo, J. (1994) Intervención en las crisis: Manual para el entrenamiento. México: Plaza y Valdés y Universidad Iberoamericana.
- González Ascencio, G. (1993) La antesala de la justicia: la violación en los dominios del ministerio público. México: COVAC.

- González, R. (1989) Tratamiento psicológico y organización de centros de apoyo a víctimas de violación. Mecanograma. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Gordon, C. (1990) "Intervención en crisis ideas generales". En: Hyman (comp.) Manual de urgencias psiquiátricas. México: Salvat.
- Hernández, E. (1991, Marzo 4) "Se creó el Comité Províctimas A.C". La Jornada. pp. 5, 6.
- Jiménez, I. (1995) "Actividades del Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales". En Memoria de la 2ª Reunión Nacional sobre Agencias Especializadas del Ministerio Público en la Atención de Delitos Sexuales (pp. 203-206) P.G.J.D.F. y Grupo Plural Províctimas, A.C. México.
- Kirt, E. (1990) Secuelas emocionales a largo plazo en el síndrome de trauma por violación. Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Iberoamericana. México.
- Lagunes, L. (1997) "Desabasto, ineficiencia y burocracia en las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales". Revista FEM. 21 (176), 18-20.
- Lima, M. L. (1990) Violencia Sexual. Informe para la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. México.
- Martínez, L. (1993, Marzo) La psicoterapia: perspectiva de vida para las mujeres violadas. Ponencia presentada en el Coloquio sobre género y salud femenina: enfoques y perspectivas. México:

- Masters, W.; Jhonson, V. y Kolodny, R. (1987) "La relación sexual coercitiva" En: W. Masters; V. Jhonson y R. Kolodny. La sexualidad humana. Volumen 2. Barcelona: Grijalbo.
- Mejía, M. (1991) "Reflexiones sobre el trabajo psicoterapéutico en el sistema de atención a víctimas del delito violento, en la P.G.J.D.F." En Memoria del II Encuentro de Psicología Clínica Institucional: El quehacer del psicólogo clínico, alcances y desafíos. Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". México.
- Mora, A. (1993, Marzo) ADIVAC: Asociación para el desarrollo integral de personas violadas, A.C.. Ponencia presentada en el primer foro nacional sobre mujer, violencia y derechos humanos. Centro de Investigación y Capacitación de la Mujer, A.C. México.
- PAIVSAS. (Sin fecha) Folleto informativo.
- Pérez, H. (1995) "Importancia de las estadísticas que sobre víctimas de delitos sexuales se elaboran en la Dirección General de Atención a Víctimas del Delito de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal." En Memoria de la 2ª Reunión Nacional sobre Agencias Especializadas del Ministerio Público en la Atención de Delitos Sexuales (pp. 72-79) .P.G.J.D.F. y Grupo Plural Províctimas, A.C. México.
- P.G.J.D.F. (1991) Incidencia de delitos sexuales. Junio a noviembre de 1990. Documento interno. México.
- P.G.J.D.F. (1990) "Procedimiento en la especialidad de violación". Cuaderno de servicios de la policía judicial. Volumen II. México.

- Repetto, E. (1980) Fundamentos de la orientación. La empatía en el proceso orientador. Madrid: Morata.
- Robles, M. (1990) El perfil del violador. Tesis de licenciatura. ENEP Iztacala. UNAM. México.
- Rodriguez, L. y Tocaven, R. (1988) Estudio preliminar de los delitos sexuales denunciados durante febrero a julio de 1988. Procuraduría General del Distrito Federal. México.
- Roldan, A. y Soto T. (1991) "Proceso de ajuste psicológico de la víctima de violación". En: G. Batres, C. Claramunt y Z. Carbajar (comp.). Abordaje de la violencia física y el abuso sexual (pp. 179 -188), San José, Costa Rica: Fundación Ser y Crecer.
- Sabido, J. (1984) Estudio victimológico en delitos sexuales. Mecanograma. Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. México.
- Santos, J. (1995) "Derechos de las víctimas (propuesta para un análisis)". En Memoria de la 2ª Reunión Nacional sobre Agencias Especializadas del Ministerio Público en la Atención de Delitos Sexuales. (pp. 219-225). P.G.J.D.F. y Grupo Plural Provictimias, A.C. México.
- Slaikou, K. (1988) Intervención en crisis. México: Manual Moderno.
- Small, L. (1971) Psicoterapias breves. México: Gedisa.
- Sullivan, D. y Everstine, L. (1992) "La mujer víctima de una violación". En: D. Sullivan y L. Everstine. Personas en crisis: Intervenciones terapéuticas estratégicas. México: Pax.

- Tinajero, C. (1991) "El quehacer del psicólogo clínico en las instituciones". En Memoria del II Encuentro de Psicología Clínica Institucional: El quehacer del psicólogo clínico, alcances y desafíos. Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". México.
- Toto, M. (1988) Mujer y violencia: Programa jurídico-psicológico. UAM Xochimilco. México.
- Trujano, P. (1992) Violación y atribución de culpa. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Valladares, P. (1989) "Avances en la atención a personas violadas". En Seminario sobre la participación de la mujer en la vida nacional. (pp. 109 – 116) México: UNAM.
- Valladares, P. (1993) Estudio epidemiológico de la violencia sexual. Tesis de Maestría. Psicología. Escuela Nacional de Estudios Profesionales. Iztacala. UNAM. México.
- Valladares, P. (1989) Manejo terapéutico para personas violadas. Curso taller. Educación Continua. ENEP Iztacala. UNAM. México.
- Valladares, P.; Hernández, G. y Contreras, N. (Sin Fecha) Programa Interdisciplinario para la atención de la violencia sexual y los estudios de género. Investigación docencia y servicio. ENEP Iztacala. PIAV. México: UNAM.
- Veronen, L. y Kilpatrick, D. (1985) "Control del estrés en víctimas de violación". En: D. Meichenbaum y S. Jaremko. Prevención y reducción de estrés. México: Roca.

ANEXO 1

DERECHOS HUMANOS

1) *Declaración Universal de Derechos Humanos.*^(*)

Los artículos de los Derechos Humanos que actualmente están considerados como los rectores para salvaguardar la vida y la libertad de los seres humanos son:

- 1º. Todos los humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.
- 2º. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamadas en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.
- 3º. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.
- 4º. Nadie estará sometido a esclavitud o servidumbre; la esclavitud y la venta de esclavos está prohibida en todas sus formas
- 5º. Nadie estará sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- 6º. Todo ser humano tiene derecho en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.
- 7º. Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja ésta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

(*) Eslava, M. Los derechos humanos en México. Documento de Trabajo Programa de Atención al Adolescente "De joven a joven". México 1997.

- 8°. Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo, ante los tribunales nacionales correspondientes, que la ampare contra actos que violen los derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.
- 9°. Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso o desterrado.
- 10°. Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal.
- 11°. (1) Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa.
- (2) Nadie será condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueron delictivos según el Derecho nacional o internacional. Tampoco se impondrá pena más grave que la aplicable en el momento de la comisión del delito.
- 12°. Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.
- 13°. (1) Toda persona tiene derecho a circular libremente y elegir su residencia en el territorio de un estado.
- (2) Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país.
- 14°. (1) En caso de persecución toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país.

(2) Este derecho no podrá ser invocado contra una acción judicial realmente originada por delitos comunes o por actos opuestos a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

15°. (1) Toda persona tiene derecho a una nacionalidad.

(2) A nadie se privará arbitrariamente de su nacionalidad o del derecho a cambiar de nacionalidad.

16°. (1) Los hombres y las mujeres a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia, y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.

(2) Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse matrimonio.

(3) La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del estado.

17°. (1) Toda persona tiene derecho a la propiedad individual o colectivamente.

(2) Nadie será privado arbitrariamente de su propiedad.

18°. Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión, este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.

19°. Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y expresión, este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones el de

investigar y recibir informaciones y opiniones y el de difundirlas sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.

20°. (1) Toda persona tiene derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas.

(2) Nadie podrá ser obligado a pertenecer a una asociación.

21°. (1) Toda persona tiene derecho a participar en el gobierno de su país directamente o por medio de representantes libremente escogidos.

(2) Toda persona tiene derecho de actuar en condiciones de igualdad, a las funciones públicas de su vida.

(3) La voluntad del pueblo es la base de la autoridad del poder público, esta voluntad se expresará mediante elecciones auténticas que habrán de celebrarse periódicamente, por sufragio universal e igual y por voto secreto u otro procedimiento equivalente que garantice la libertad del voto.

22°. Toda persona como miembro de la sociedad tiene derecho a la seguridad social y obtener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional habida cuenta de la organización y los recursos de cada estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

23°. (1) Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.

(2) Toda persona tiene derecho sin discriminación alguna a igual salario por trabajo igual.

- (3) Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria que le asegure, así como a una familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada en caso necesario por cualquiera otros medios de protección social.
- (4) Toda familia tiene derecho a formar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses.
- 24°. Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas.
- 25°. (1) Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, tiene asimismo derecho a los seguros en caso de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
- (2) La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencias especiales. Todos los niños nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.
- 26°. (1) Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria, la instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada, el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.
- (2) La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las opciones y todos los grupos étnicos o religiosos, y promoverá el desarrollo de las actividades de las naciones unidas para el mantenimiento de la paz.

(3) Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

27°. (1) Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.

(2) Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le corresponden por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora.

28°. Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en su Declaración se hagan plenamente efectivos.

29°. (1) Toda persona tiene derecho respecto a la comunidad puesto que solo en ella puede desarrollar libre y plenamente su potencialidad.

(2) En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades toda persona estará sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática.

(3) Estos derechos y libertades no podrán en ningún caso ser ejercidos en oposición a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

30°. Nada en esta declaración podrá interpretarse en el sentido de que confiere derecho alguno al estado, a un grupo o a una persona para emprender y desarrollar actividades o realizar actos tendientes a la supresión de cualquiera de los derechos y libertades proclamados en esta Declaración.

2) ***Derechos de las Mujeres y las Niñas.***^(*)

¿Por qué hablar de los derechos de las mujeres y las niñas si nuestra Constitución establece la igualdad jurídica de hombres y mujeres?

Porque en la vida diaria las mujeres y las niñas no gozan totalmente de esta igualdad, ya que se les niega la posibilidad de hacer muchas cosas.

Para combatir esta situación que afecta a hombres y mujeres de todo el mundo, se redactó la "Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer", en la que todos los países, incluido el nuestro, se comprometen a tomar medidas para que las mujeres y las niñas tengan las mismas oportunidades que los varones.

Derecho a una Vida Libre de Violencia

Las mujeres, los niños y las niñas, por tener menos fuerza física, son los que padecen más frecuentemente agresiones de quienes tienen autoridad o son más fuertes físicamente.

La violencia puede ser física, verbal o psicológica y lamentablemente donde sucede con mayor frecuencia es al interior de la familia.

^(*) Programa Nacional de la Mujer / UNICEF. Folleto Informativo.

Derechos Reproductivos

La Constitución de nuestro país establece que **tenemos derecho a decidir de manera libre e informada el número de hijos que queremos tener.**

Es obligación de quien brinda servicios de salud proporcionarnos información suficiente relacionada con los métodos anticonceptivos para hombres y mujeres, así como de los beneficios de la planificación familiar.

También tenemos derecho a servicios de salud para el cuidado del embarazo y el parto, así como a recibir atención médica para nosotras y nuestros hijos e hijas durante las diferentes etapas de la vida.

Derecho a la Educación

Algunas veces se violan los derechos humanos de las mujeres y las niñas. Casi siempre ocurre porque las costumbres y tradiciones han establecido que las niñas y las mujeres deben hacer sólo algunas cosas, mientras que los niños y hombres deben hacer otra. Veamos un ejemplo:

Todos los mexicanos y mexicanas tenemos derecho a recibir educación; así lo establece el artículo 3º de la Constitución.

Sin embargo, en muchas familias a los niños se les brinda la oportunidad de estudiar, mientras que a las niñas se les limita su educación para que ayuden en las tareas del hogar y el cuidado de los hermanos menores.

Por eso es necesario decir. **Las niñas tenemos derecho a recibir educación en igualdad de condiciones que los niños.**

El Derecho a Compartir las Responsabilidades Familiares

Tradicionalmente la responsabilidad del cuidado y la educación de los hijos ha quedado en manos de las mujeres.

Al varón se le ha dejado únicamente el papel de proveedor económico, negándole así la posibilidad de establecer vínculos afectivos con los hijos.

La necesidad de que la mujer aporte dinero al hogar, cada vez es más frecuente; por eso esta fórmula de división de obligaciones ya no tiene razón de ser.

Si en la casa todos jalamos parejo, la convivencia y comunicación entre los miembros de la familia será mucho mejor.

Por eso decimos: **Las mujeres tenemos derecho a compartir las responsabilidades de la familia con nuestra pareja.**

El Derecho al Trabajo y los Derechos Reproductivos

Algunas veces pareciera que ser mujer y estar en edad de tener hijos es un impedimento para encontrar trabajo. Esta idea es equivocada ya que las leyes de nuestro país protegen a las mujeres y sus derechos reproductivos.

Estar embarazada o tener hijos no es motivo para ser despedida del trabajo.

Las mujeres tenemos **derecho al trabajo sin restricciones por nuestra condición biológica reproductiva**, es decir, nos deberán brindar las facilidades necesarias para parir, amamantar y cumplir con nuestras obligaciones de cuidado y protección de los hijos.

Derechos Ciudadanos

Las mujeres mayores de 18 años, tenemos los mismos derechos ciudadanos que los hombres de esta misma edad, entre ellos los que se refieren a:

- ◆ **Votar libremente para elegir a nuestros representantes**

- ◆ **A ser electas para un cargo de representación popular y a que voten por nosotras.**

Derecho al Trabajo en Igualdad de Condiciones que el Varón

Las mujeres somos tan capaces como los hombres para desempeñar los trabajos en donde se toman decisiones y se gana mejor salario.

A veces se discrimina a las mujeres para dar preferencia a los varones porque se considera que son ellos las que deben mantener a sus familias, pero la realidad de nuestro país nos indica que más de 2.8 millones de hogares son mantenidos únicamente por el salario de las mujeres.

Las mujeres tenemos **derecho a ocupar puestos de toma de decisiones y de mando en igualdad de condiciones que los varones.**

ANEXO 2

DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS. (*)

Contexto Socio-Emocional

Los derechos de las víctimas, no solo se deben restringir a las leyes o cláusulas escritas, ya sea, en un código, constitucional o tratado internacional.

Las propuestas de ley deben fundamentarse en:

- ❖ Estudio de necesidades de la población a quien afecta o beneficia la ley.
- ❖ Consenso y trabajo en la comunidad o sociedad civil, que apoya o propone la ley.
- ❖ Estudio o análisis de otras leyes:
 - Las existentes
 - Las aprobadas en otros países o regiones
 - La ley -o los derechos de las víctimas- debe atender distintos periodos como:
 - Pre-crisis
 - Acto victimal
 - Post-crisis

(*) Santos, J. Derechos de las víctimas. (Propuesta para un análisis). Ponencia presentada en la 2ª Reunión Nacional sobre Agencias Especializadas del Ministerio Público en la Atención de Delitos Sexuales. PGJDF y Grupo Plural. México, 1995.

Actualmente las leyes de atención a víctimas se centran básicamente en el acto delictivo y algunas consideraciones de la post-crisis descuidando la pre-crisis o la atención a los usuarios de un sistema de impartición de justicia previo al delito.

Pre-crisis

Los ciudadanos -(incluyendo mujeres y niños) deben ser escuchados y atendidos por el sistema justicia- en un servicio de atención (pre-delictiva) de creación nueva.

Cuando: en un primer pedido de ayuda y orientación previa a ser víctima del delito:

Ejemplo: Denuncia de violencia familiar

- Abuso y maltrato de menor
- Amenazas de muerte o lesiones
- Amenazas por teléfono
- Amenazas de secuestro, etc.

Como: servicio especializado en pre-crisis orientado a prevenir directamente el delito en cada caso que se presente el ciudadano y no solo campañas generales que no resuelvan nada real al ciudadano.

Es necesario definir legal y profesionalmente de cuales servicios requiere el ciudadano en esta fase.

En esta fase los derechos de los ciudadanos, antes de convertirse en víctimas son:

- 1.- Protección real, no escrita, no hablada.
- 2.- Información.
- 3.- Investigación del caso, recurriendo a familiares y testigos de la situación de pre-crisis o pre-delictiva.

- 4.- En caso de pre-crisis ubicados en la familia, hablar con el agresor llegando a acuerdos de prevención.
- 5.- Dignidad y comprensión del caso que presenta el ciudadano, en su intención de prevenir el delito.

En esta fase de pre-crisis, el sistema de impartición de justicia tiene la obligación, por ley de proporcionar:

- 1.- Un servicio especializado en pre-crisis o pre-delito.
- 2.- Vigilar que sus representantes brinden el servicio, sin corrupción, ni cobro a los ciudadanos.
- 3.- Capacitar profesionistas, no burócratas ni personal sin vocación de servicios, para proporcionar una atención digna al ciudadano que sufre una situación que rebasa su poder de solución.
- 4.- Sancionar severamente a quien niegue, venda o condicione el servicio, en discriminación de un grupo: indígenas, mujeres, niños, ancianos y ciudadanos de escasos recursos.

Acto Victimal

A partir del momento en que el ciudadano se convierte en víctima, accede a otros derechos: En la escena del crimen, cuando acude a denunciarlo frente a las autoridades.

Como: agentes, policías y ministerios públicos, entrenados no solo para consignar delincuentes, sino para atender con dignidad y compasión a la víctimas de delito.

Evitando la sobre-victimización. Si esto no es posible, crear un equipo especializado en atención a víctimas.

En esta fase los derechos de las víctimas son:

- 1.- Recibir atención emocional en crisis.
- 2.- Ser tratado con respeto, dignidad y compasión sin importar clase social, raza, etc.
- 3.- Ser informada inmediatamente de sus derechos y los trámites que debe realizar.
- 4.- Evitar ser victimizada por prensa, televisión, radio; ejerciendo presión y someténdola a la vergüenza pública al conocer su situación privada.
- 5.- Recibir atención médica de urgencia si así lo requiere.
- 6.- Elegir una persona "ya sea familiar o representante de la víctima" que vigile y hable por ella.
- 7.- Tener protección real, contando con transporte y acompañamiento adecuado y permanecer en un lugar privado, seguro, agradable y digno.

El sistema de impartición de justicia debe proporcionar a la víctima, además de los puntos anotados en el apartado anterior:

- ❖ Proporcionar a la víctima un trato profesional, digno, con comprensión.
- ❖ Proporcionar toda la información que la víctima requiera sobre el evento y sus derechos.
- ❖ Contar con personal adecuado para la atención en crisis.
- ❖ Evitar sobre -victimización por el servicio, por la prensa, por la policía, etc.
- ❖ Contar con instalaciones dignas, donde la víctima no esté expuesta a la sobrevictimización por agentes, ministerio público, y público en general, como la prensa, muchas veces hasta el victimario y sus familiares.

Donde se cuente con servicios mínimos como:

- ❖ Baños privados
- ❖ Salas de espera privadas
- ❖ Medicamentos y alimentos
- ❖ Ropa, cobijas, etc.
- ❖ Cámara de Gessel
- ❖ Secciones apartadas para los agresores y agentes, etc.

Post-crisis

En esta fase se establece más claramente todas las áreas de la vida de la víctima que han sido dañadas. Esta fase no encuentra solución para la víctima, solo con la consignación del agresor o agresores.

Cuando:

Cuando las víctimas se enfrentan a los daños del delito y a carencias reales que le impiden retomar una vida equilibrada.

Como:

Servicios especializados en atención de post-crisis, atendiendo las alteraciones emocionales, proporcionándoles orientación legal, ayudando a su reintegración social; empleo, educación, seguridad.

En esta fase las víctimas tienen derecho a:

- ❖ Atención emocional post-trauma
- ❖ Información y apoyo sobre el proceso penal al inculcado
- ❖ Programas compensatorios
- ❖ Reparación del daño
- ❖ Reintegración social, facilitando la situación de la víctima: en su empleo, en su comunidad, en su proceso de rehabilitación.
- ❖ Nombrar un "responsable" del caso a quien la víctima pueda acudir a demandar información y orientación fuera del proceso penal.
- ❖ Facilitar con derivaciones y redes de ayuda de las ONG's la rehabilitación de la víctima.

Los derechos de las víctimas deben dejar de ser "Ley Muerta", solo escrita, la sociedad civil, las instituciones gubernamentales y las organizaciones especializadas en la atención a víctimas deben "tender puentes" instrumentados, con acciones concretas para mejorar de manera real la situación de cada víctima para que la ley y la institución de impartición de justicia sea de fácil acceso al ciudadano y a las víctimas de delitos.

ANEXO 3

Directorio de Instituciones de Atención a Personas Violadas

1) Agencias Especializadas en Delitos sexuales (A.E.D.S.)

Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal

- 46a Agencia Investigadora (Miguel Hidalgo)
Teléfono 625-87-46
- 47a Agencia Investigadora (Coyoacán)
Teléfono 625-93-84
- 48a Agencia Investigadora (Venustiano Carranza)
Teléfono 625-80-37
- 49a Agencia Investigadora (Gustavo A. Madero)
Teléfono 625-80-40

2) Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas (ADIVAC)

Teléfono/Fax 277-55-92

Teléfono 515-67-6-37

3) Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (AVISE)

Dirección: Nogal No 289

Col Santa María la Ribera

Sin teléfono

4) Centro de Apoyo a la Mujer "Margarita Magón, A. C"

Dirección: Carlos Pereira No. 113

Col Viaducto Piedad C. P. 08200

Teléfono/Fax 519-58-45

5) Centro de Atención a La Violencia Intrafamiliar (CAVI)

Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal

Dirección: Dr. Carmona y Valle No. 54 1er piso

Col. Doctores

Teléfono 242-62-46 y 242-62-48

6) Centro de terapia de Apoyo (C.T.A.)

Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal

Dirección: Pestalozzi No. 1115

Col Del Valle C. P. 03100

Teléfono 559-97-71

◆ Servicio de Atención Telefónica (CETATEL)

575-54-61

7) Colectivo Lucha Contra la Violencia hacia la Mujer A. C. (COVAC)

Dirección Mitla No. 145

Col. Narvarte C. P. 03020

Teléfono 5-38-98-01

8).Fundación para la Atención a Víctimas del Delito y Abuso del Poder I. A. P (FAVI)

Dirección Cleveland No. 35

Col.. Narvarte

Teléfono 611-40-87

9) Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV)

Dirección Av. De los Barrios s/n. Los Reyes Iztacala. Tlalnepantla Edo. de México

Clínica de psicología (CUSI) Cubículos 20, 22. y 23

Teléfono 623-11-02

ANEXO 4

I. *Procedimientos Médico-Legales que Involucra una Denuncia por Violación.*

Cuando una persona ha sido violada o se encuentra en un proceso de toma de decisión para denunciar o no el delito del que fue objeto, es necesario que disponga de información sobre los procedimientos en los que se verá involucrada para que tome en cuenta las posibles implicaciones que una denuncia legal de este tipo puede tener en su vida cotidiana, tanto positivas como negativas.

El conocimiento del proceso médico legal permitirá a la víctima reducir su angustia e incrementar su seguridad en cada una de las acciones que tenga que llevar a cabo.

De este modo, la persona que ha pensado en denunciar debe saber que:

- 1) Una denuncia es la notificación a un agente del Ministerio Público de que se ha sido víctima de un delito, con el propósito de que tal agente lleve a cabo diversas acciones de investigación del delito de manera que el presunto responsable del mismo sea detenido y enjuiciado si durante la investigación se encuentran elementos que lo señalen como responsable.
- 2) Para realizar dicha "investigación" el agente del Ministerio Público debe realizar las siguientes "diligencias" o acciones:^(*)
 - a) Dar inicio a la averiguación previa, es decir asentar por escrito que una persona se presentó en la agencia investigadora a denunciar la comisión del delito de violación.
 - b) Elaborar una síntesis de los hechos que motivaron la averiguación previa, es decir, se presentó la víctima sola o acompañada, se presentó al presunto responsable, se presentó otra persona.

(*) Consultar: Osorio y Nieto, C. *Averiguación Previa*. Editorial Porrúa, México, 1994. Págs. 197-228.

- c) Tomar la declaración de quien denuncia el delito, es decir, asentar por escrito todos los datos que se proporcionen sobre la agresión que sufrió.
- d) Observar minuciosamente el estado y las circunstancias en que se presenta la víctima, principalmente su estado ginecológico o proctológico, según sea el caso y presencia de lesiones, con el propósito de establecer prioridades y tiempos.
- e) Solicitar la intervención a Policía Judicial para la investigación.
- f) Solicitar el examen pericial médico de la víctima para realizar un dictamen del estado de la persona, fundamentalmente su estado ginecológico y/o proctológico; la presencia o ausencia de lesiones y su estado psicofísico.
- g) Incorporar el dictamen médico a la averiguación previa.
- h) Inspeccionar y dar fe de las ropas que vista la víctima.
- i) Declaración de la víctima, si no fue quien proporcionó la noticia del delito.
- j) Realizar la inspección del lugar de los hechos, cuando fuere posible ubicarlo.
- k) Realizar la inspección y fe de armas o cualquier otro objeto que tuviese relación con los hechos que se investigan.
- l) Tomar declaración, en su caso, de testigos.

- m) En caso de que esté presente el agresor, realizar inspección para describir su estado y circunstancias, su estado andrológico, presencia o falta de lesiones y estado psicológico; solicitando el dictamen médico correspondiente e incorporando éste a la averiguación previa.
- n) Inspeccionar y dar fe de las ropas que vista el agresor.
- o) Tomar declaración al agresor.
- p) Determinación de la averiguación previa.
- q) Consignación, es decir, acreditar la probable responsabilidad del agresor para ser referido al Reclusorio correspondiente.

3) Los procedimientos médicos (*) consisten en:

1. Historia médica. El objetivo de la historia es obtener información que permita un examen completo de las zonas de lesión potencial que precisan evaluación y tratamiento, así como obtener una historia ginecológica que incluya:
 - a) Historia menstrual y último período menstrual.
 - b) Uso de anticonceptivos.
 - c) Historia de actividad sexual reciente antes de la violación.
 - d) Saber si la víctima se ha bañado o duchado, ha defecado o se ha lavado después de la violación, ya que ésto puede interferir en la recogida de muestras que sirvan de prueba legal.

(*)Martínez, H. "Agresión sexual. Atención Médica de Urgencia". En Memoria de la 2ª Reunión Nacional sobre Agencias Especializadas del Ministerio Público en la Atención de Delitos Sexuales P G.J.D.F. y Grupo Plural Províctimas, A.C. México, 195. Págs. 148-150.

2. Consentimiento firmado de la víctima para realizar la exploración y recogida de muestras.
3. Examen físico (*) dirigido a identificar:
 - a. Manifestaciones emocionales.
 - b. Aspecto exterior de la ropa, detección de desgarros o manchas.
 - c. Signos de traumatismo físico, rescatando la información proporcionada por la víctima.
 - d. Examen pélvico que incluya:
 - ❖ Inspección de los genitales externos, tomar muestra del vello púbico de la paciente y separando los vellos sueltos para hacer la comparación e identificar posibles vellos del agresor.
 - ❖ Examen con espéculo de la vagina y el cervix, buscando signos de traumatismo y lesión que exijan tratamiento, y tomando muestras del moco cervical y secreción vaginal que puedan examinarse al microscopio para detectar esperma.
 - e. Si la víctima ha referido penetración anal u orofaríngea, realizarse un "frotis" para buscar espermatozoides o fosfato ácido y recogerse una muestra para cultivo por una posible gonorrea y clamidia.
 - f. Evaluación del útero y zonas anexas.

(*) Salzman, R. Y Summergrad. "La víctima de violación". En Hyman (comp.) Manual de urgencias psiquiátricas. Editorial Salvat México, 1990. Págs 55-67

- g. Recoger las muestras necesarias para:
- ❖ Papanicolau
 - ❖ Frotis y cultivos específicos
 - ❖ VDRL
 - ❖ Elisa (VIH)
 - ❖ Fosfata ácida
 - ❖ Fracción Beta de HGC (para detección de embarazo).
- h. Recoger restos de piel hallados en las ungas de la víctima para identificar tejido del agresor, que se sumen a las otras muestras.
- i. Colocar todas las muestras y pruebas en un contenedor sellado para entregarlo al Ministerio Público.
4. Establecer tratamiento para:
- a. Lesiones
 - b. Embarazo
 - c. Enfermedades de transmisión sexual (gonorrea, sífilis, herpes, hepatitis, VIH-SIDA).
5. Derivación a instituciones médicas especiales para atención y seguimiento.

II. *Indicaciones para la persona que ha sido violada y decide denunciar proporcionadas por el colectivo de lucha contra la violencia hacia las mujeres, a.c. (COVAC).⁽¹⁾*

Si has sido violada y quieres denunciarlo toma en cuenta lo siguiente:

Examen Médico

- ❖ Nadie tiene derecho a obligarte a la revisión ginecológica antes de levantar tu denuncia.
- ❖ Al pasar a revisión, solicita ser encaminada por personal femenino.
- ❖ Puedes hacerte acompañar por una persona de confianza.
- ❖ La exploración debe comprender una revisión externa e interna; prueba de enfermedades sexualmente transmisibles y valoración de tu estado emocional.
- ❖ Si existe posibilidad de embarazo debes informar al médico legista.
- ❖ Pregúntale al médico legista por los resultados del examen.

Acta de Denuncia

- ❖ No es indispensable presentar tu denuncia inmediatamente, aunque por las características del delito, entre más pronto tomes esa decisión, tendrás más elementos para demostrarlo.

⁽¹⁾ Tomado de:
González, G. La antesala de la justicia. La violación en los dominios del ministero público COVAC.
México, 1993. (Contraportada).

- ❖ El agente del Ministerio Público no tiene porque desconfiar de tu dicho, si no denuncias inmediatamente.
- ❖ El denunciar, no tienes que mostrar un estado de ánimo especial. Tu actitud emocional, no es fundamental para establecer si fuiste o no violada.
- ❖ Ninguna persona, incluyendo el Ministerio Público tiene derecho a preguntarte sobre tu vida íntima, tu forma de vestir o tu historia personal.
- ❖ Para levantar tu denuncia por violación, no es importante el lugar en donde conociste al agresor. Pueden preguntarte sobre eso, sin que implique necesariamente responsabilidad de tu parte.
- ❖ Si fuiste víctima de violencia moral, tu declaración será fundamental. Para comprobarla, no necesitas llegar lesionada o con evidencias externas.
- ❖ Para levantar tu denuncia no importa si eres o no virgen.
- ❖ Para probar la violación, no es necesario que demuestres que hubo penetración total o eyaculación en la vagina.
- ❖ Obligarte a la cópula por vía anal se considera como violación.
- ❖ La imposición de sexo oral se considera también como violación.
- ❖ Si eres menor de edad, tu declaración deberá ser respetada. Desconfiar de tu dicho es indebido.

- ❖ Si tienes menos de 12 años y quien te agredió fue tu padre, debes levantar el acta por violación y no por incesto.
- ❖ Si eres casada tienes todo el derecho a denunciar a tu esposo por el delito de violación.
- ❖ Si ejerces la prostitución, tienes derecho a denunciar por violación cuando se le imponga la cópula por medio de violencia física o moral
- ❖ Al momento de identificar al agresor exige que le brinden la protección necesaria. Pide que te coloquen en un lugar en donde él no te pueda ver.
- ❖ Cuando estés declarando, te puede acompañar una persona de tu confianza. Recuerda que sólo tú puedes intervenir en la declaración.
- ❖ Antes de retirarte de la agencia, exige una copia de tu denuncia o toma los datos necesarios para que después la puedas localizar.

SI TIENES ALGÚN PROBLEMA RELACIONADO CON TU DENUNCIA
ACUDE CON EL JEFE DEL DEPARTAMENTO O AL DELEGADO REGIONAL DEL
MINISTERIO PÚBLICO
RECUERDA QUE NO ESTAS SOLA