

154
2es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Psicología

“Un Modelo de Intervención para
Erradicar Secuelas a Corto Plazo
en Mujeres Violadas”

REPORTE LABORAL

Que para obtener el título de:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
p r e s e n t a:

PAULINA LEYVA Y LASSO

Directora de Reporte Laboral:
Alma Patricia Piñones Vázquez



México, D. F.

Noviembre de 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

266957



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

"CUANDO LAS MUJERES CUENTAN SUS HISTORIAS
NO ESTÁN SOLAMENTE CONTÁNDOLAS,
ESTÁN SINTIÉNDOLAS OTRA VEZ.
COMO SI FUERA UNA NUEVA FORMA
DE ENFRENTARSE,
LA ÚNICA QUE AUGURARA
LA PAZ Y LOS BRAZOS ABIERTOS
DE LA OTRA".

MARCELA SERRANO

A DIOS:

POR HABERME DADO LA GRACIA DE LA VIDA.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a todas las mujeres valientes que he conocido en mi centro de trabajo. Gracias por su lucha en silencio, por la medalla que se han colocado en el corazón. Gracias por haber sido parte de mi vida, por ser ahora ejemplos de que se pueden sanar los dolores mas intensos si nos comprometemos en la curación del alma. Gracias por rendir un homenaje al coraje de vivir, cada vez que llegaban a sus sesiones. Gracias por tenerme confianza, por depositar amor en mí. Gracias por tener el valor de empezar a amarse, a pesar de todo... Gracias por existir. Gracias por nutrir mi vida de historias sabias. Gracias por demostrar quien es el sexo fuerte. Gracias por obsequiarse así mismas el placer magnánimo de disfrutar su sexualidad. Gracias por darse entre ustedes amor, por no dejarse vencer por los miedos. Gracias por permitirme ver el espectáculo de abrir SU CAJA DE PANDORA, enfrentar a sus demonios y asombrarse al ver después de la lucha la luminosidad de la esperanza . Gracias por cambiar el matiz de mi alma.

Agradezco , desde lo más profundo de mi corazón a mis amados padres Juan Pablo y Norma Hilda, porque siempre estuvieron conmigo en este camino tan difícil como gratificante. A mi madre, Gracias por tus constantes bendiciones y oraciones para que Dios me iluminara y me diera paciencia en esta lidia. A mi padre, Gracias por tu amorosa y serena insistencia para que finalizara este trabajo. Es para ustedes...Definitivamente.

A mi hermana Norma Hilda por darme su ejemplo de constancia y lucha. A mi hermano Juan Pablo, con el deseo inmenso de verlo realizado profesionalmente. A mi hermana Mónica quien me ha acompañado con tibia dulzura y solidaridad durante toda mi formación como profesional y persona, y por nuestra lucha conjunta por la mujer y sus derechos. A los tres, los amo. Gracias por ser mis hermanos.

A Victor, mi pareja, por toda la paciencia y amor que mostró durante mi ardua reconciliación con la terca computadora, porque me llevo con motivación amorosísima a creer y a repetir que podía hacerlo. Cada paso en este reporte te lo debo a tí. Gracias siempre. Te amo.

A Patricia Piñones Vázquez por su invaluable solidaridad y amor hacia las mujeres. Gracias por enseñarme que se pueden alcanzar los sueños a pesar de todo y de todos.

A mis sinodales, Mtra. Asunción Valenzuela, Lic. Isabel Martínez, Lic. Josette Benavides, Mtra. Olga Bustos, por sus invaluable aportaciones para la consolidación de este trabajo.

A mis compañeras del Centro de Terapia de Apoyo, en especial a María Elena Castellanos, Luz Chavez, Laura Martínez y Tere Osorio. Ustedes son el ejemplo vivo e intenso del amor hacia el trabajo terapéutico con mujeres. Gracias por apoyarme y motivarme siempre. Las llevo en mi corazón.

Un agradecimiento profundo a la Doctora Gloria
Cazorla por el esfuerzo y amor
que dedicó para la creación del
Centro de Terapia de Apoyo y
por el interés que siempre mostró
para que mejorara el servicio.

A mi abuela Ninfa por su constante
apoyo e interés en la finalización
de este trabajo. Porque siempre
has tenido para mí solo palabras
de amor y de ternura. Te amo.

A toda mi familia Leyva y Lasso
por sus aplausos constantes
para estimularme.

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo
a mis abuelos Antonio Lasso
Perez y a Carlota Córdoba Lara, cuando
el amor nunca muere ;
a mis amigos entrañables,
Patricio Velazco Kaftanich y
Enrique Valle Ugalde . Porque sus
espíritus buenos y cálidos
siempre me han protegido.
Que en paz descansen.

A las mujeres que aún no
se han atrevido a sanar
después de una violación.

A la utopía que
¡Aún no ha muerto!

A todas las personas que
se dedican a sanar con pasión
humana almas lastimadas.

INDICE

CAPITULO 1	
1 DEFINICIÓN Y ENFOQUES DE LA VIOLACIÓN	1
1.1 APROXIMACIÓN DESDE EL ÁMBITO PSICOLÓGICO	1
1.2 APROXIMACIÓN HISTORICO-CULTURAL	6
1.3. APROXIMACION ANTROPOLOGICO-FEMINISTA	8
1.4. DEFINICIÓN LEGAL	13
CAPITULO 2	
SECUELAS DE LA VIOLACIÓN	15
2.1 SECUELAS FÍSICAS	16
2.2 SECUELAS PSICOLÓGICAS	18
2.3 SECUELAS SOCIALES	23
CAPITULO 3	
MODELOS DE INTERVENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA VIOLACIÓN	25
3.1 PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA	26
3.1.1 ORIGEN Y DESARROLLO	26
3.1.2 TEORÍAS DE SUSTENTO	27
3.1.2 TEORÍAS DE SUSTENTO	28
3.1.3 ANÁLISIS COMPARATIVO CON EL PSICOANÁLISIS	30
3.1.4 TÉCNICAS DE LA PSICOTERAPIA BREVE	31
3.2 PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS Y SOBREVIVIENTES DE AGRESIÓN SEXUAL (PAIVSAS)	32
3.2.1 DEFINICIÓN	32
3.2.2 ANTECEDENTES DE CREACIÓN	33
3.2.3 ORGANIZACIÓN	33
3.2.4 MODELO DE INTERVENCIÓN Y EVALUACIÓN	34
3.3 COLECTIVO DE LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES (COVAC)	34
3.3.1 DEFINICIÓN	34

3.3.2 ANTECEDENTES DE CREACIÓN	35
3.3.3 ORGANIZACIÓN	35
3.3.3 ORGANIZACIÓN	35
CAPITULO 4	
EL MODELO DE ATENCIÓN EN EL CENTRO DE TERAPIA DE APOYO (CTA)	38
4.1 ANTECEDENTES	38
4.2 TIPO DE MODELO DE ATENCIÓN	39
4.4 MODELOS DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA A VÍCTIMAS DE DELITOS SEXUALES	41
4.4.1 MODELO GRUPAL	44
4.4.2 MODELO INDIVIDUAL	48
CAPITULO 5	
EXPERIENCIA PROFESIONAL	59
5.1 CAPACITACIÓN	59
5.2 EXPERIENCIA INDIVIDUAL EN LA PRACTICA CLÍNICA	62
5.3 EXPERIENCIA GRUPAL EN LA PRACTICA CLÍNICA	70
5.4 ANÁLISIS Y EVALUACIÓN AL MODELO TERAPÉUTICO DE APOYO DEL CENTRO DE TERAPIA DE APOYO A VÍCTIMAS DE DELITOS SEXUALES (CTA)	79
	82
CONCLUSIONES	88
PROPUESTAS	101
ANEXOS	111
BIBLIOGRAFÍA	

INTRODUCCION

La existencia cada vez más frecuente de violencia social condiciona una prevalencia creciente de estrés y depresión en las mujeres y, exige al profesional de la salud mental su abordaje desde un punto de vista integrativo que considere los diversos factores neurológicos, psicológicos y sociales a fin de establecer en el marco de la psicología clínica, su manejo adecuado.

A finales del siglo XX, parece ser imposible que tan pocas personas hayan concientizado la gravedad de una presencia social tangible, constante y criminal como la violación en México. El proceso para darle apertura a este ilícito ha sido lento y se ha visto teñido de la intolerancia mítica de creencias que únicamente dañan a la de por sí, devaluada mujer. Primero, la voz de las feministas que se dieron cuenta de la incidencia de este evento, y de su gravedad, hablando de la condición sometida de la mujer en relación a la sociedad patriarcal. Luego, la misma voz que llevaron ante diputadas y senadoras, voz que compartieron también con sociedad civil y Organizaciones No Gubernamentales. Voz, que se ha escuchado a veces con crítica y, a veces con interés por las autoridades institucionales. Esta misma voz fue la que hizo posible la creación del Centro de Terapia a Víctimas de Delitos Sexuales.

Con insistencia y amor a la causa de igualdad de derechos, se logró crear un espacio donde ellas, las mujeres lastimadas pudieran llevar su evento, de un ámbito privado y lleno de prejuicios a uno público donde se confirmara que la violación no es un acto eventual y personal, sino el resultado de un ambiente de violencia generalizada hacia el género femenino que, a éstas alturas, resulta intolerable.

Con la premisa de apoyo a estas mujeres, no solamente psicológico, sino médico y legal, se continúa en la construcción de ideologías tendientes a acabar con mitos y consolidar una cultura de sensibilización y respeto ante las mujeres y niños violados. Esta aportación es solo una muestra del interés que la agrupación de mujeres profesionales en psicología de la violencia tiene ante la violación. La semilla del análisis conlleva a la cosecha de alternativas cada vez más reales y justas para el tratamiento a las víctimas de este crimen. Se espera que toda (o) la (el) que lea este reporte empiece por hacer cambios en su forma de mirar a la violación y contribuya a su erradicación. No bastará con leerla, se trata de un problema social grave, el dar la

espalda a lo que molesta, a aquello que implica ofrecer una respuesta o asumir un compromiso, no sólo es cuestión de comodidad, de egoísmo o de falta de responsabilidad solidaria. Se trata de un compromiso humano defensivo, comprensible aunque no justificable. Lo adopta la gente, intentando minimizar o explicar racionalmente los hechos más violentos o brutales. Para defenderse del terror y la angustia que estos despiertan, se necesita reprimir y negar su conocimiento.

En cambio, la aceptación y clara visión de lo que sucede con la violación, coloca a la persona en una situación de análisis y cuestionamiento al respecto. Todas las mujeres estamos expuestas a un ataque sexual. Mas valdría conocer la dinámica de este hecho criminal y hacer algo para lograr más apertura a su estudio. El solo hecho de hablar de la violación en forma seria le confiere a este delito un carácter también serio. Aspecto que se necesita para buscar más y mejores formas, no sólo para pretender la curación emocional y social de éstas mujeres agredidas, sino para prevenir uno de los delitos más vejativos que existen en el mundo.

También se busca que este trabajo, aporte ideas para que la intervención psicoterapéutica con mujeres violadas se enriquezca y se perfeccione. Que los Centros de apoyo que actualmente trabajan en este sentido, no reserven su talento para sí mismos, sino que se integre una red de investigación e intercambio de ideas, propuestas y análisis. El fin de hacer esto es noble y, finalmente, la población a la que se pretende ayudar es la misma.

La lucha por arrimar maderas a la construcción de espacios con menos violencia que la sufrida actualmente no es una caza de "brujos". Es un clamor por la solidaridad entre hombres y mujeres, un pedido de reflexión acerca de la responsabilidad de todas (os) y cada una (o) desde el lugar que ocupa, un llamado a la toma de conciencia de la necesidad de rescatar a las víctimas y de reeducar a los victimarios. Más adelante, ojalá, no sólo se elaboren más modelos de intervención psicoterapéutica para mujeres víctimas, sino la propuesta concreta de acabar con la violencia, y de romper esquemas de poderío masculino para poder convivir en el clima de igualdad y respeto que todos merecemos.

Este trabajo pretende, en primera instancia, mostrar el modelo Institucional que actualmente está trabajando en favor de todas las personas que han sufrido alguna agresión sexual. Cabe señalar que, aunque el Centro de Terapia a Víctimas de Delitos

Sexuales ingresa a personas de todas edades, este trabajo solo se abocará al realizado con mujeres. Por otro lado, también se muestra a la violación, no como un acto aislado, sino como el resultado de todo un manejo de opresión y dominación ejercido por la ideología patriarcal donde las personas más dañadas y maltratadas son aquellas que han sido consideradas de forma "natural", inferiores. Así mismo, se proponen análisis más completos y serios para modificar el estilo de relación del hombre hacia la mujer, intentando que este sea basado en el respeto hacia la dignidad humana. No pretende desprestigiar al hombre, sino provocar más cuestionamientos en torno al maltrato físico, sexual y psicológico del que, durante siglos han sido objeto las mujeres.

CAPITULO 1 DEFINICIÓN Y ENFOQUES DE LA VIOLACIÓN

CAPITULO 1. DEFINICIONES Y ENFOQUES DE LA VIOLACIÓN.

En el presente capítulo, se presentarán la visión de algunos autores que han investigado el tema de la violación, así como los aspectos centrales de algunas aproximaciones teóricas, las cuales buscan explicar la dinámica de este delito.

De forma secuencial, aparecen primero algunas definiciones de la violación desde el ámbito psicológico. En el mismo apartado, aparecen posturas acerca de perfiles de violadores. En el segundo apartado, se muestra como es vista esta agresión sexual desde el punto de vista histórico-cultural. También se incluye un tercer apartado, donde se da un panorama de la violación desde la perspectiva de género (Análisis Feminista), y, por último, se muestra el enfoque legal de este delito.

Como otros fenómenos violentos y lascivos que necesitan ser analizados para erradicarse, o por lo menos aproximarse a ello, la violación, desde su estudio ha sido objeto de diversas definiciones que pretenden proporcionar de manera específica los elementos que la constituyen.

Este delito abarca una gama amplia de comportamientos y relaciones. Se asume que la ejecución de este crimen atenta contra los derechos humanos y libertad sexual de la víctima porque altera su sano desarrollo psicosexual. Entendiéndose ésta como el derecho y la capacidad de elegir un compañero y tener con él un desempeño sexual de acuerdo a los mutuos intereses y deseos (González, 1993).

Muehlenhard- Harney y Jones (1993) mencionan que un abordaje global de la violación, debe incluir a la teoría psicoanalítica, psicopatológica, de la evolución y feminista. A continuación se muestran los elementos básicos de éstas aproximaciones cuyo análisis tiene que ver con las consecuencias y causas emotivas, físicas y sociales de la violación.

1.1 APROXIMACIÓN DESDE EL ÁMBITO PSICOLÓGICO

El ámbito de explicación de esta aproximación se basa en la necesidad de contar con elementos que coadyuven a entender el fenómeno de la violación y así, poder intervenir más específicamente en su tratamiento.

Valdemaro (1977), define a la violación como "Un acto brutal, una invasión a la integridad física y psíquica, en el cual el fin último es humillar, desposeer, degradar e imponer

un poder físico sobre otra persona". McCombie-Bassok y Savitz (1990), agregan a esta definición el impacto social que genera este evento.

Arnold (1984), menciona que "Ser victimizado sexualmente es un crimen, una disrupción de la rutina diaria, el cual obliga a percibir al mundo como depredador y a la víctima como presa".

Beneke (1984) entiende a la violación, no como una parte integrante de la naturaleza masculina, sino como "el medio a través del cual se expresan a sí mismos los hombres programados para la violencia".

Dowdeswell (1987) en su definición habla de que la violación es "Un acto de violencia que tiene en muchos casos repercusiones más serias y duraderas que cualquier otro acto delictivo o criminal, el cual parece tener legitimidad y aprobación social, aspectos de que carecen otros crímenes".

Bedolla (1989), por su parte señala que la violación es "Un acto por medio del cual una persona dispone de otra sexualmente sin su consentimiento, haciendo uso de la fuerza física, la intimidación o el engaño".

Notman & Nadelson (1990) subrayan que la violación puede ser vista como "una situación de crisis en la cual, el evento traumático rompe el balance entre el ego interno de adaptación y el medio ambiente".

Lowenstein & Croth (1978) y Holmstrom (1977), señalan que la violación definida como obra de hombres que sufren alguna patología es relativa, ya que se sabe que, de los pocos violadores que llegan a ser consignados solamente "el 1% de ellos podrían considerarse insanos mentalmente" (Autores citados en CAMVAC, 1985; p. 91). El uso de drogas y alcohol tampoco es determinante como agente causal de la violación pues en estos elementos solo estuvieron asociados al hecho en aproximadamente un 48% de los casos estudiados (Ruiz, 1977; citado en Olvera, 1987).

Para explicar las causas de la violación, diversos autores han investigado al respecto para averiguar si existe un perfil de estas personas. A la fecha existen varios planteamientos que dan luz acerca de esto. Groth, Burgess y Holmstrom, (1977) (citados en Masters & Johnson, 1987) estudiaron a 133 violadores y a 92 víctimas para comprender mejor la dinámica subyacente en el hecho de la violación y llegaron a la conclusión de que la violación mediante el uso de la fuerza o la intimidación podía dividirse en violación por coerción y violación por iracundia; ninguno de los casos estudiados ponía de manifiesto que

el impulso sexual fuese el motivo dominante. Según los estos autores, la violación por coerción acontece cuando el violador trata de intimidar a su víctima mediante el uso de un arma, de la fuerza física o amenaza de daños corporales. Para estos sujetos la violación es una forma de cerciorarse de su fuerza, identidad e idoneidad sexual. En la violación por iracundia, el violador se ensaña con su víctima y manifiesta la rabia y el odio mediante la violencia física y el maltrato verbal. A menudo, las causas de este tipo de violación son la venganza y el castigo dirigido contra las mujeres en general y no contra la víctima en particular. El individuo que perpetra ésta clase de violación suelen tener poca o nula gratificación sexual y en ocasiones tiene problemas de erección o es incapaz de eyacular. A este respecto Hazelwood (1993) en su estudio con 101 violadores encontró que el 34% de los atacantes sufrió alguna clase de disfunción sexual durante el ataque, el 3% presentó eyaculación prematura, el 15% reportó eyaculación retardada, y dificultades de erección en un 27%.

En subsecuentes estudios, Gorth, Burgess y Holmstrom (Citados en Kolodny, Masters y Johnson , 1987) ,configuraron un tercer tipo, la violación por sadismo, en la que concurren la sexualidad y la agresión, siendo el sufrimiento de la víctima la principal fuente de placer para el violador. Gorth calcula que alrededor del 5% de las violaciones se encuadran en esta última categoría, el 40% en la de violaciones por iracundia y el 55% en la de violaciones por coerción.

Por su parte, las explicaciones psicodinámicas (Karpman; Gloeck y Ravinovich; Abrahansen) han tratado de encontrar los motivos de la violación, buscando en dos sentidos: uno de ellos habla de la violación como manifestación de problemas y trastornos en el desarrollo psicosexual. El otro comprende a la violación como un comportamiento que se caracteriza por patrones de conducta no sexuales, mediado por procesos psicológicos. Así, desde el primer punto de vista estos autores piensan que el violador ataca de hecho, a la figura materna o a una distorsión de la misma, proyectando los sentimientos agresivos que tiene hacia esa figura central en su vida. Atribuyen también la violación a un trauma infantil, originado por haber presenciado una relación sexual entre los padres. Otra opinión afirma que "el violador concibe al acto sexual como una agresión del macho a la hembra pasiva por lo que los violadores pretenden negar sus deseos homosexuales al hacer uso de este tipo de agresión (exclusivo y propio del sexo masculino) comportándose desmedidamente hombres" (Autores citados en CONAPO, 1982; p. 445)

La Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (1991), elaboró una TIPOLOGÍA DE LOS VIOLADORES basándose en los casos de reclusos con los cuales se pudo establecer una entrevista y cuyo dicho se manifestó en aceptar la violación como crimen. En el documento se mencionan que son varios los objetivos de los ofensores para ejecutar el ilícito:

1. Confirmarse a sí mismo su virilidad mediante la prepotencia.
2. Poner relieve a su masculinidad a través de la exteriorización de fuerza; y
3. "Cobrar" injurias reales o imaginarias :Castigar y degradar a la mujer o víctima (venganza airada).

Laborde (1994), por su parte, menciona algunas características del violador en su estudio de investigación:

- a) Necesidad de reafirmar su virilidad.
- b) Sentimiento de agresión y/o temor hacia la mujer.
- c) Rechazo afectivo.
- d) Perciben al padre hostil y devaluado.
- e) Características narcisistas.
- f) Sentimientos de dominación y poder.
- g) Perciben al mundo poco gratificante y hostil.
- h) Sentimiento de minusvalía.
- i) Incapacidad de relación heterosexual.
- j) Baja tolerancia a la frustración.
- k) Bajo control de impulsos.

Arguelles (1989), en su investigación con hombres sentenciados por violación, encontró que, muchos de ellos sufrieron maltrato físico o presenciaron agresiones contra su madre, hermanas, amigas o vecinas. La mayoría también presentaron problemas en la infancia por falta de afecto y protección, autoritarismo, soledad, educación represiva, experiencias sexuales desagradables en la niñez, además por problemas patológicos, y desprecio marcado hacia la figura femenina.

Doring (1989) menciona que los puntos de vista más empleados por psiquiatras, criminólogos y psicoanalistas colocan al agresor como un sujeto que ha padecido carencias extremas tanto en los aspectos emocionales como en los materiales. Se mencionan la falta de relación afectuosa en primer lugar con la figura primaria (madre) y, en términos más amplios con otros miembros de la familia, carencias y privaciones económicas, falta de

educación, instrucción, desempleo e ínfimo nivel de vida en cuanto a bienes y comodidades materiales se refiere.

Gebhar y cols. (Citados en Burgess & Holmstrom 1976), elaboraron una clasificación de los hombres que se encontraban en prisión convictos por violación, tratando de establecer los elementos característicos de su comportamiento no sexual, Gebhar encontró que, en el primer grupo (un tercio de los casos estudiados) existía una historia de violencia generalizada que correlacionaba con el hecho de que casi todos los contactos sexuales con mujeres incluyeran amenazas o violencia; en esta dirección interpretó que ello era un indicador de que "tales hombres están más bien comprometidos con la violencia que con el sexo". En el segundo grupo, consideró a los varones cuyo estilo de vida implicaba egoísmo agresivo en donde lo primordial es la satisfacción de sus deseos. El tercer grupo lo constituyeron hombres cuyas capacidades y sensibilidad para contender situaciones sociales estaba distorsionada. El último grupo lo conformaban hombres cuyo comportamiento se consideraba explosivo, es decir, sujetos que dominados por su propio estado interno, utilizan la fuerza para manifestarse.

Hite (1983) analizando testimonios de violación encontró que los hombres violan inducidos por: .

- a) Un afán de venganza generado ante la humillación o el desprecio de que se sienten objeto,
- b) Por el hecho de utilizar a una mujer como artículo de consumo,
- c) Por frustración, en tanto que no logran la consumación sexual con una mujer en particular, cuando interpretan haber sido excitados por ella, o cuando ésta ha tenido trato sexual con otros hombres y se niega a tenerlo con él,
- d) Por la victoria que como hombres experimentan cuando violan a una mujer y;
- e) Por querer castigar a una mujer. (Citado en Burgess y Holmstrom , 1988)

Al hablar de la psicología del violador, es importante no destindar la psicología de la persona agredida, el no hacerlo revaloraría el determinismo al que tendía Cesar Lombroso, quien en el siglo pasado sostuvo la teoría de que al criminal se le reconoce por ciertos rasgos físicos, asumiendo con esta afirmación que el contexto social, el aprendizaje y reforzamiento a que se ve expuesto el individuo a lo largo de su existencia no provocan reacción alguna en sus actitudes y acciones, afirma finalmente que todo está determinado por rasgos físicos heredados.

Todo lo anterior señala claramente que:

- a) La violación no satisface exigencias sexuales, sino demandas de control mediante el ejercicio del poder.
- b) Este crimen trasciende al ámbito de las motivaciones individuales biológicas e intrapsíquicas y confirma que el deseo de violar obedece a una motivación social compartida, influida por cólera, falta de autoestima y satisfacción al dominar a la mujer.
- c) El pene es usado por el hombre como arma o instrumento de castigo para ésta.

1.2 . APROXIMACIÓN HISTÓRICO - CULTURAL.

Esta conducta, socialmente ejercida, como se mencionó antes, tiene sus orígenes en las relaciones ancestrales que ubican a la mujer como un ser pasivo y al hombre como activo-agresivo, la historia y su concomitante cultural explican la génesis de este delito.

En esta perspectiva se enfatiza que la violación se ejerce por la acumulación de actitudes prejuiciadas aprendidas culturalmente dentro de una sociedad que la ha tolerado bajo el juego social de los sometidos y los sometedores.

Históricamente podemos considerar que la violación ha cumplido varias funciones a saber: como arma de terror, ha formado parte de un proceso para infundir miedo y crear un estado de desconfianza y desorganización generalizada, a fin de impedir la movilización y evitar la emancipación de las mujeres. La violación también ha sido usada como medio de venganza de un hombre hacia otro; durante la guerra, como medio de conquista militar y simbolización del dominio del vencedor sobre el derrotado (Dowdeswell, 1987).

Stewart y Robinson (1996) mencionan que la etiología de la violación es compleja e involucra factores sociales, ciclos de violencia generacionales y abuso constante y tolerado hacia las personas más vulnerables: Mujeres y niños.

Por su parte Holzman (1996), enfatiza que la violación, la violencia física y la tendencia a la dominación y opresión tienen su origen en la discriminación de razas, etnias y clases y son los factores para explicar de forma evolucionista el fenómeno de violencia sexual, puesto que, por siglos a la mujer se le ha considerado una clase considerablemente inferior respecto del hombre.

Lagarde, para referirse a los Delitos Sexuales emplea el término "violencia erótica", señalando que más que un ataque sexual, son un atentado a la integridad de la víctima, los

cuales matizan todos los aspectos biopsicosociales de la persona. Lugo, por su parte, comenta que la calificación de delito de violación en el título respectivo de nuestro ordenamiento penal como Delito Sexual es inexacto, porque no son motivos biológicos los que llevan a un agresor a violar a una mujer, a un menor o a otro hombre, sino factores culturales y políticos que tienen relación con el abuso de la fuerza física (Autores citados en Alvarez, 1993). La frase de Metzger aclara mejor este punto: "La violación es un delito contra la persona, no contra el himen". (Autor citado en Masters, Johnson y Kolodny 1987)

La condición social de la mujer y el juego de los roles sexuales dentro de nuestra sociedad ponen de manifiesto más claramente el ejercicio y tolerancia de la violación como un acto de abuso de poder. La educación de mujeres y hombres en nuestra cultura ha sido creada con base en una ideología patriarcal, que como conjunto de ideas acerca del mundo y la sociedad (que responde a los intereses, aspiraciones e ideales de los hombres) guía y justifica el comportamiento de los individuos hombre y mujeres en sentido opuesto basado en "una diferenciación anatómico-biológica que sólo en la reproducción de las especies ha asignado filogenéticamente diferencias funcionales entre los machos y las hembras" (Monroy, 1979). De esta manera el sexismo social jerarquiza el valor del hombre y de la mujer, y este recurso de dominio, generalmente es asumido por los individuos como parte de un destino inamovible que hace de "lo femenino y de lo masculino dos culturas y dos vivencias radicalmente distintas" (Valterring, 1921; citado en Piret, 1968) porque impone a mujeres y hombres modelos y pautas de conducta rígidos acordes a un sistema de valores emanados de una estructura creada por y para el hombre, en donde las mujeres son consideradas objetos complementarios de la figura masculina (Autores citados en Olvera, 1987).

La ideología patriarcal inculca a hombres y mujeres la inferioridad femenina y el poder masculino de diversas formas: 1) La creación de mitos y creencias falsas de lo que es ser femenina y decente, 2) La donación social de la superioridad al hombre; y 3) La imposición de la violencia contra ella. Esto es, la doble moral aprendida que cimienta las actitudes que se conforman en torno al cuerpo y sexualidad global. Dentro de ésta, al joven varón se le alienta y presiona a que demuestre su virilidad, teniendo relaciones sexuales libremente y a que las obtenga a través de cualquier medio (seducción, chantaje, presión y/o fuerza física), esto les fomenta paulatinamente a disponer de las mujeres y a tomar sus cuerpos como territorio de dominio.

La imposición de la violencia sobre las mujeres se asocia también al juego cultural del sistema social, que pretende mujeres femeninas felizmente "protegidas" (sometidas) por un hombre que se maneja siendo juez y verdugo, pensando que para ser hombre es necesario evidenciar una actitud prepotente, impositiva, insensible, brutal y grotesca a la que se ha llamado machismo. Este, en tanto está asociado al poder arbitrario indiscutible y a la fuerza física que se manifiesta en la capacidad de herir, humillar y aniquilar, aporta un sello no sólo simbólico, sino también real a la dinámica de la relación entre hombres y mujeres. Así, violencia, machismo y violación se articulan como un todo, constituyendo los ingredientes comunes a lo cotidiano de nuestra sociedad, la cual hace depender el sentimiento de virilidad del menosprecio por la mujer y del nivel de hostilidad del hombre a su respecto.

El enfoque descrito recontextualiza a la violación, ubicándola como un problema social, en tanto involucra a todo un sistema como productor y reproductor de esquemas conductuales los cuales funcionan como agentes que toleran e, incluso, fomentan la violencia hacia la mujer.

En este sentido, esta aproximación comparte criterio con el enfoque feminista respecto a que la violación surge en el interior de un sistema con fines precisos, "ejercer poder" y "someter" para mantener sus normas, patrones de conducta y su particular ideología, misma que a través del proceso de socialización condiciona y presiona a los individuos hacia un modo particular de ser y estar en el mundo según su sexo.

1.3 APROXIMACIÓN ANTROPOLÓGICO-FEMINISTA.

Tanto los trabajos de investigación como los materiales para divulgación producidos hasta ahora por las feministas coinciden en definir a la violencia hacia la mujer, incluida la sexual, como un acto de poder, dominación y control impuestos por la consigna patriarcal.

Dalton (1993) menciona que este acto de poderío tiene sus raíces en el DISCURSO que la sociedad ha empleado para designar a la mujer dentro de la sociedad. En su estudio expresa una serie de elementos descriptivos y prescriptivos de este discurso que, no solamente refleja la realidad social en la que este se produce, sino, que, sobre todo, establece formas de pensar sobre la mujer con contenidos ideológicos que en algunas ocasiones encubren y, en otras legitiman la relación de dominación de lo masculino sobre lo femenino. Explícitamente el silencio dentro del discurso de lo femenino aparece como

prescripción (como debe o no debe ser la mujer), de que las mujeres no deben hablar, que deben callar, implícitamente cuando, por considerárselas seres inferiores al hombre en inteligencia, se las excluye de la misma historia del pensamiento. Por poner unos ejemplos, esta autora menciona algunas obras literarias clásicas en donde el discurso diferencia drásticamente al hombre de la mujer. En la ILIADA y la ODISEA, la mujer se presenta como objeto deseado por los hombres, en Hesíodo, como un castigo de Zeus a los hombres, en Platón integra una élite de guardianes y gobernantes al lado de los hombres, igual, pero más débil, y en Aristóteles, como inferior. Todos los anteriores autores advierten en algún momento acerca de la falta de virtud de la mujer y el peligro que esto puede encerrar para los hombres. No importa si la mujer es de uso colectivo o personal, ella aparece como OBJETO DESEADO para uso particular o del Estado. Dalton enfatiza que la mayor dificultad para el análisis del discurso sexuado, es que este es considerado como una "verdad de la naturaleza" física y/o biológica, y, por tanto, inalterable, oponiéndose a ello, pues, en realidad, este discurso es solo un reflejo de la realidad social.

Burín (1990), desde una perspectiva de salud-enfermedad de las mujeres, menciona que, la noción del ser humano como sujeto psíquico emplea diferencias introyectadas hasta ahora en el trato de la mujer. Ella señala que, desde las épocas tempranas de la configuración de la tradición judeo-cristiana, el modo de producción religioso, atento a los preceptos divinos, instituyó un tipo particular de sujeto humano "a imagen y semejanza de un Dios masculino, con autoridad omnipotente por sobre quienes considera sus bienes (su mujer, siervos y animales)". De esta forma, la noción de sujeto psíquico estaba superpuesta por la de "hombre religioso", en tanto que la mujer quedaba asignada a la noción de objeto en el orden de la naturaleza, un objeto que debía ser dominado porque era incapaz de trascender al orden divino. Consideradas como sujetos no psíquicos, la mujer tuvo que depender de la "sabiduría" masculina expresada en médicos y psiquiatras antiguos quienes, sí podían expresar qué padecían las mujeres, qué deseaban y quiénes eran, pues dada su condición no tenían identidad propia. La gran aportación de Burín se basa en el descubrimiento de que la maternalización de los roles ancestralmente atribuidos a las mujeres produce condiciones de vida enfermantes. El malestar de las mujeres actuales se genera, pues, de la situación de opresión que han padecido y bajo la cual, la amenaza de una violación, las condena al sometimiento de su agresor.

Harris y Young (1979), por su parte, hacen un análisis lógico en relación a la condición de la mujer entendida como "natural", pues de ahí se deriva que la subordinación y opresión hacia ellas también se entienda culturalmente como naturales. Es decir, la pertenencia de la mujer a la cultura implica para ella aceptar su propia desvalorización, adoptando el punto de vista de la cultura misma.

Bedolla y Cols. (1989), para explicar la subordinación, parten de tres factores que determinan el comportamiento femenino:

- 1.- La atribución de género (Primera expresión de rotulación: es hombre o mujer).
- 2.- El núcleo de Identidad (Pertenencia a un grupo sexual).
- 3.- Rol de Género (Conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo determinado).

Todos estos factores se conjuntan para establecer la subjetividad en la mujer, la cual se va conformando a través de la familia. Es en esta célula donde ella aprende que es diferente del varón, que tiene menos oportunidades que él y que para conseguir lazos afectivos subsecuentemente tendrá que recurrir a la seducción pues no tiene el mismo acceso que éste. Bleichmar (1985), refiere que esta sensación de desigualdad experimentada por la niña se gesta en el Complejo de Edipo, en cuyo proceso confirmará que en tanto género, está devaluada, pues anatómica y funcionalmente le falta algo. Por su parte, el varón se verá recompensado por contar con un pene, culturalmente creado como objeto de adoración, asociado con el poder y la majestad. Esta creencia será introyectada por el hombre y se le estimulará a que desarrolle su valor y fuerza, es decir, será alentado a usar su cuerpo como medio de expresión de poder, pues, a diferencia de la mujer, sus genitales están expuestos. En el hombre violador, mencionan Eichenbaum y Orbach (1990) el pene, centro de su existencia e instrumento de control y poder sobre la mujer, sólo será el medio para expresar su tendencia a dominarla y denigrarla.

De esta forma, estos autores comparten opinión con Hercovich (1989), en que la violación sexual no es más que la forma que tiene el violador de controlar y afirmar su poder sobre la víctima. Los orígenes de la violencia sexual fueron estudiados por las feministas para ofrecer un marco de referencia no como problema actual recién descubierto, sino como un estilo de relación basado en el maltrato y la desigualdad ejercido desde hace siglos.

Lamas, M. (1986), sugiere que la mística femenina actual conserva un rasgo de la religiosidad primitiva: venera la sexualidad femenina controlada, además de mantener a las

mujeres fuera del mercado de trabajo productivo y como mano de obra gratuita para el trabajo hogareño.

Simone De Beauvoir (1989), critica la interpretación de la sujeción femenina con base en la aparición de la Propiedad Privada, y, así, visualiza al patriarcado, no como el triunfo de los hombres contra las mujeres, sino, como el triunfo de los fuertes sobre los más débiles. También analiza el rol social aplicable a la mujer y lo resume en la frase "ser para otro". Esto, coloca a la mujer en una situación de inferioridad, control y uso, atributos que funcionan como derivados de su condición oprimida. En su estudio, De Beauvoir, señala que las características negativas de la condición femenina fomentan los rasgos que se consideran positivos para la mujer, como son: la pasividad, la ignorancia, la docilidad, la pureza y la ineficacia. La mujer se encuentra controlada sexualmente por las fuerzas culturales que la destinan a la procreación a través de la supresión del impulso sexual femenino y de su capacidad orgásmica. Este control de la sexualidad femenina hace que la mujer no pueda asumir su sexualidad como la culminación del deseo sexual o como el deseo de tener hijos, sino que depende de la sexualidad masculina, ello deriva en ser usada por su pareja, ya sea como objeto sexual, sujeta al deseo del hombre o, respondiendo a la exigencia de perpetuación de la especie.

Ferreira (1996), menciona que el maltrato generalizado hacia la mujer, está constituido por toda clase de actitudes tendientes a menospreciar la autoestima de la mujer. Este maltrato la debilita, predispone para el sometimiento y, la ubica como un ser subhumano, pues no se le reconocen los derechos y las oportunidades que, socialmente están atribuidas a los hombres, de esta forma no solamente la mujer es objeto de violaciones sexuales, máxima muestra de devaluación y discriminación, sino de todo tipo de violencia, incluida la física y psicológica. Brito de Martí (1994,p. 27), lo ilustra así: "La forma más extendida de violencia contra las mujeres es su constante desvalorización". Los violadores eligen a sus víctimas precisamente porque las ven débiles, fáciles de atacar. El mito de la violación respecto de que ella lo provoca por su forma de vestir ubica a la causa de la violación del lado de la víctima haciéndola a ella responsable o descargando sobre ella los efectos de la condena social. (Hercovich, 1989).

Como todo crimen, la violación es más importante en efectos y consecuencias en tanto amenaza, que como hecho consumado porque, como amenaza condiciona la vida de las agredidas y pone en marcha mecanismos sociales de control de sus cuerpos y

conductas. Brownmiller (1981), menciona respecto de la naturaleza de la violación que se trata de la posesión de un cuerpo femenino, en ésta fórmula del concepto violación (rape) se encuentran dos cosas: el poder y la sexualidad. El ser de la violación en acto, o sea, violar, se iguala con el ser de la violencia en acto, o sea, violentar. De esta manera, aunque se define como un acto sexual, la violación es, sobre todo, una expresión de violencia, rabia y agresividad, tomando en consideración que la palabra violación proviene del latín violare, y esta a su vez de vis que significa fuerza (Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

De manera concluyente, los diferentes enfoques feministas que ubican a la violencia sexual como un producto de las relaciones de poder establecen entre las manifestaciones de dicha violencia un continuum que incluye las diferentes situaciones en las que se realiza el sometimiento sexual de las mujeres. La violación es ubicado aquí como extremo paradigmático de la dominación masculina, por un lado y del resignado sometimiento femenino por el otro, en un proceso de opresión sexual que es concebido de forma unilateral. Un ejemplo que ilustra lo anterior es la expresión de la violencia doméstica, concebida como la manifestación más cruda de la subordinación de la mujer en el espacio al que precisamente corresponde la socialización de todos los seres humanos: la familia (Saucedo, 1993).

En épocas recientes ha aparecido el término feminista de Enfoque de Género. Este nace de la necesidad de las feministas de explicarse a sí mismas su situación y condición y, a las mujeres en general en sus propios términos. Es decir, en discursos y visiones que no atribuyen la subordinación femenina ni a la fatalidad de la biología o a las relaciones de producción. La propuesta teórica nació para explicar la construcción social del género sobre el hecho evidente de que el trato singular y discriminatorio hacia la mujer ha generado desde tiempos inmemoriales diferentes tipos de violencia inadmisibles en un tiempo donde se le ha dado difusión a los Derechos Humanos y no se ha considerado a la mujer como parte integradora de los mismos. Ahora las causas de la violación desde la aproximación feminista, de una forma más específica pueden ser vistas en términos de este enfoque. (Ungo, U. 1993).

Hasta ahora se ha visto que la violación cumple con el objetivo de someter y controlar la sexualidad de la mujer, sin embargo, considerando que además de ser un problema social, es un delito y, como tal merece penalidad, a continuación se muestra la definición jurídica del delito de violación, su pena y los casos donde la pena aumenta.

1.4 DEFINICIÓN LEGAL.

La violación es, un delito que se incluye dentro del rubro legal de los llamados Delitos contra la Libertad y Normal Desarrollo Psicosexual (nueva denominación de los Delitos Sexuales). En México la violación empezó a ser considerada como un delito hacia 1871, año en el que se incluyó dentro del Código Penal Mexicano como una transgresión en contra de los derechos individuales, contemplado en el Artículo 265, Capítulo I del Título Decimoquinto del Código Penal en donde se especifica: "Al que por medio de la violencia física o moral tenga cópula con una persona sea cual fuere su sexo ,por lo cual se le impondrá prisión de 8 a 14 años.

Para los efectos de este artículo, se entiende por Cópula la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral, independientemente de su sexo.

Se sancionará con prisión de 3 a 8 años, al que introduzca por vía vaginal o anal cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril por medio de la violencia física o moral, sea cual fuere el sexo del ofendido".

En el mismo Capítulo antes mencionado del Código Penal se contempla la violación equiparada y nos dice: "Se equipara a la violación y se sancionará con la misma pena:

- I. Al que sin violencia realice cópula con persona menor de doce años de edad.
- II. Al que sin violencia realice cópula con persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo.

Si se ejerciera violencia física o moral, el mínimo (ocho años) y el máximo (catorce años) de la pena se aumentará hasta en una mitad".

La fracción II incluye a las personas que no tengan capacidad de comprender el significado del acto que constituye la agresión sexual o bien, que lo comprendan pero que por alguna causa no están en posibilidad de resistir; la penalidad será de ocho a catorce años de prisión cuando no se ejerza violencia y si se emplea ésta, la pena se aumentará hasta en una mitad en su mínimo y máximo.

En el Artículo 266 del mismo Código, se mencionan los agravantes en el caso de Violación y el Abuso Sexual. Cabe señalar que desde el punto de vista penal, la violación, como delito se comete únicamente cuando existe penetración en vías anal, vaginal y/o oral. En cambio, la figura jurídica de Abuso Sexual se refiere a los tocamientos en área genital, senos o glúteos SIN EL PROPÓSITO DE LLEGAR A LA CÓPULA. Ejemplo de lo anterior es el tocamiento en glúteos que ocurre cuando las mujeres se ven hacinadas en el camión o

metro y algún hombre aprovecha esto para tocarla sin su consentimiento. En seguida se muestran los casos en que la pena de la violación aumenta:

* Las penas previstas para el abuso sexual y la violación se aumentarán hasta en una mitad en su mínimo y máximo cuando:

I. El delito fuere cometido con intervención directa o inmediata de dos o más personas;

II. El delito fuere cometido por un ascendente contra su descendiente, éste contra aquél, el hermano contra su colateral, el autor contra su pupilo, o por el padrastro o amasío de la madre del ofendido en contra del hijastro. Además de la pena de prisión, el culpable perderá la patria potestad o la tutela en los casos en que la ejerciere sobre la víctima.

III. El delito fuere cometido por quien desempeñe un cargo o empleo público o ejerza su profesión utilizando los medios o circunstancias que ellos le proporcionen. Además de la pena de prisión será destituido del cargo o empleo; o suspendido por el término de cinco años en el ejercicio de dicha profesión y;

IV. El delito fuere cometido por la persona que tiene al ofendido bajo su custodia, guarda o educación o aproveche la confianza en él depositada.

Cabe señalar que la aproximación legal explica que la violación obedece a:

1.- Factores Endógenos: Biológicos, biotipológicos, endocrinos y psicológicos.

2.- Factores Exógenos: Físico-geográficos, económicos, socio-culturales, y medio ambiente familiar.

Sin embargo, predomina en su ejercicio, que los agresores sexuales sí tienen un perfil y éste enfatiza la presencia de problemas psicológicos graves (Arguelles, 1989). Cabe señalar que el aspecto jurídico y, en especial el punitivo sólo contempla una parte de la problemática de la violación la cual tiene relación con elementos que rebasan el meramente legal.

CAPITULO 2 SECUELAS DE LA VIOLACION

CAPITULO 2. SECUELAS DE LA VIOLACIÓN.

En este capítulo se proporcionan investigaciones de algunos autores que reportan aquellas secuelas originadas por la violación desde tres aspectos: Físico, Psicológico y social. En el apartado de secuelas físicas, el discurso se muestra desde el modelo médico forense. A continuación se presentan otras secuelas desde el ámbito psicológico, teniendo como punto de referencia el SÍNDROME DE TRAUMA POR VIOLACIÓN. Se le da a este apartado más espacio por ser de importancia crucial para el presente trabajo. Por último, se analizan las consecuencias sociales que generalmente caracterizan a la violación.

La violación, es un evento que genera crisis. Si bien es cierto que las consecuencias de este delito se asemejan a aquellas que sufren las víctimas de accidentes, desastres naturales, divorcios o muerte, por citar solo algunos, esta agresión parece presentar algunas particulares.

En la literatura que toca las secuelas emocionales que sufren las víctimas de violación se hallan investigaciones que indagán acerca de las respuestas generales a este ataque, las cuales, en conjunto se denominan "Síndrome del Trauma por Violación". De la misma forma hay otras relativas a las secuelas a largo plazo. Estas buscan determinar si existen circunstancias en el contexto de la agresión que se pudieran relacionar con respuestas emotivas características. Para fines de este trabajo, únicamente se tocarán aquellas que conforman el Síndrome de Stress Postraumático, y las secuelas físicas generadas por la violación.

Por mucho tiempo ha existido el mito de que la violación, para ser creíble "debe" de mostrar en la víctima huellas físicas evidentes. Sin embargo, se ha visto que, mas del 80% de las agresiones sexuales no dejan huellas físicas apreciadas a simple vista (Agencias Especializadas en Delitos Sexuales, PGJDF). Empero, la cuestión legal del delito insiste en buscar y encontrar estas huellas para configurar el crimen y darle validez. Lo anterior, en los otros ámbitos que estudian este fenómeno es considerado grave pues, al no existir huellas evidentes, generalmente se desacredita a la víctima.

A continuación, se tocan estas secuelas, tomando como base el modelo médico-forense.

2.1 SECUELAS FÍSICAS.

En el estudio de las lesiones por violación se acostumbra dividir el cuerpo en tres áreas:

El área genital incluye los genitales externos, la región anorrectal y el periné (zona triangular media). El área paragenital vecina a la anterior, engloba la parte interna de los muslos, las nalgas y la parte baja de la pared abdominal. El área extragenital se refiere al resto de la superficie del cuerpo. Aquí interesan en especial las muñecas, los tobillos, el cuello, las mamas, las piernas y la cabeza. (ANEXO 1)

En el examen de la vulva y en especial, del himen fundamentalmente importa establecer si este es íntegro o si hay desgarró o ruptura. Si existe desgarró debe aclararse si es reciente o antiguo. Este diagnóstico se basa en el aspecto macroscópico de los bordes del desgarró. Si están sangrantes, hinchados o enrojecidos, la ruptura es reciente; si su aspecto es seco, liso, rosado o blauecino por cicatrización, la ruptura es antigua.

Con el fin de que sean entendidas estas lesiones a continuación se definen los términos médico-legales empleados en su clasificación:

HEMATOMA: Acumulación localizada de sangre generalmente coagulada en un órgano, espacio o tejido, dependiente de solución de continuidad en la pared de un vaso sanguíneo.

DESFLORACIÓN: Ruptura del himen (membrana fibroelástica que se inserta horizontalmente en la entrada de la vagina con dos bordes, uno adherente a las paredes vaginales y el otro que circunscribe un orificio que le da el nombre al himen) hasta su base de implantación bajo la acción del miembro en erección.

CONTUSIÓN: Daño que recibe alguna parte del cuerpo por golpe que no causa herida exterior.

ESTIGMA UNGUEAL: Relativo a las uñas, cualquier marca en cualquier parte de cuerpo provocado por ellas.

EQUIMOSIS: Extravasación de la sangre en el interior de los tejidos, que forma una placa no elevada, redondeada o irregular azul o púrpura. En lenguaje coloquial se refiere a los moretones.

EXCORIACIÓN: Cualquier pérdida superficial de sustancia como la producida en la piel por rascadura (Varios, 1988)

Bonet (Citado en Kuitko, 1986) refiere que las distintas lesiones que se pueden encontrar en el delito de violación por área son las siguientes:

ÁREA GENITAL.

- * Contusiones o desgarros de vulva, horquilla y fosa navicular.
- * Desgarros de himen.
- * Contusiones o desgarro de vagina.
- * Contusiones o desgarro de surco uterovaginal.
- * Contusiones o desgarros anales.

Como signos de violencia reciente en ano pueden citarse:

- a) Desgarro triangular en hora seis (comparativamente con la carátula del reloj)
- b) Desgarro de algunos pliegues anales.
- c) Desgarros anoperineales.
- d) Hemorragia incoercible por desgarros.
- e) Borramiento de pliegues anales.
- f) Pérdida de tono de esfínter anal externo.
- g) Cicatrices anales y/o ano infundibuliforme.

En ÁREA PARAGENITAL se explora la presencia de:

- * Contusiones o desgarros perineales.
- * Contusiones o desgarros vesicales.
- * Hematomas pubianos.
- * Hematomas de la cara interna de los muslos.
- * Lesiones diversas en zona glútea (hematomas, excoriaciones, mordeduras, quemaduras, etc.)
- * Excoriaciones y equimosis.

En la experiencia, son muy comunes las equimosis en los antebrazos, por la presión de las manos del agresor que así trata de dominar a la víctima.

En REGIÓN EXTRAGENITAL pueden aparecer:

- * Contusiones de cuero cabelludo.
- * Hematomas en rostro (bucales, peribucales, etc.)
- * Hematomas de cuello.
- * Excoriaciones ungueales en rostro, cuello, tórax, mamas y/o pezones.
- * Hematomas a nivel de la pared abdominal, rodillas o piernas.
- * Signos de estrangulamiento manual o con lazo.

* Signos de compresión toracoabdominal.

En los casos en que también son dañadas físicamente, las víctimas experimentan no solo enojo, sino pena y depresión hacia la pérdida de su función física normal (Brad & Sangry, 1979, citados en Arnold, 1984)

Los ejemplos más claros de daño en la salud de la víctima son la hemorragia y los desgarros perineales, y como causa de muerte se nombran las asfixias mecánicas al intentar silenciar a esta. Por supuesto está contemplado un embarazo, el cual puede resultar ser de alto riesgo (si la víctima es adolescente y/o acepta tener el producto, o si han rebasado la edad límite para reproducir sin peligro) y contaminación venérea (sífilis). Se tienen estudios de que de diez mujeres violadas en período fértil, cuando ha habido eyaculación intravaginal y no empleaban métodos anticonceptivos, solo una ha presentado embarazo a consecuencia del evento (Procuraduría General de Justicia, 1997).

Hasta ahora se han señalado las consecuencias físicas de origen externo, sin embargo, la víctima de violación tiende con frecuencia a somatizar manifestando su dolor psíquico a través de síntomas corporales, se han reportado como tales: cefalea, irritabilidad, náuseas, vómito inducido o involuntario, mareo, pérdida de apetito o aumento de éste, dolor tensional en cuello, tensión muscular, inestabilidad gastrointestinal y molestias geritourinarias (Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales).

Brownmiller (1981) comenta que la violación empieza cuando la víctima se ve invadida en su espacio y libertad, antes de ser penetrada, que ya, en este momento inician algunas alteraciones que después se verán agravadas dependiendo de varios factores. Estos, y las reacciones emocionales de la víctima a la agresión se verán a continuación.

2.2. SECUELAS PSICOLÓGICAS.

EL TRASTORNO POR STRESS POSTRAUMÁTICO (TEPT) es el punto de referencia para explicar las secuelas de la violación. El estudio del TEPT es un fenómeno de los últimos quince años, ya que anteriormente los investigadores reconocían los síntomas de este trastorno en casos particulares. Este concepto nace como resultado de investigaciones acerca de personas que han sufrido algún trauma o desastre, el cual ha provocado la experiencia de que su vida ha estado en peligro. Berman (Citado en Cover van Puffen, 1996) y Davis & Breslau (1994), hablan de diferentes tipos de acontecimientos que originan el Trastorno por stress postraumático:

- Desastres Naturales (huracanes, temblores, tornados, etc.)
- Desastres accidentales (En medios de transporte, incendios, explosiones, etc.).
- Desastres causados deliberadamente (Bombardeo, ataque terrorista, violación, asaltos, etc.).

Cover van Putten (1996) también señala, que las categorías de respuesta a estos acontecimientos se han jerarquizado según el DSM-IV en:

1. Respuesta emocional. Se traducen diversos síntomas como choque, incredulidad, irritabilidad, culpa, tristeza y otros.
2. Respuesta Cognitiva. Dificultad para concentrarse, pérdida temporal de memoria, desorientación.
3. Respuesta Biológica. Fatiga, insomnio, pesadillas, sobresalto y quejas psicósomáticas.
4. Respuesta Conductual. Alienación, abuso de sustancias tóxicas, desordenes de conducta.
5. Respuesta Caracterológica. Sobrevivientes de abuso prolongado desarrollan cambios en la personalidad que incluyen "deformaciones en las relaciones e identidad" (Meichenbaum, 1994).

Particularizando las secuelas de VIOLACIÓN, se emplea el término de SÍNDROME DEL TRAUMA POR VIOLACIÓN, el cual es un concepto que se deriva del TRASTORNO POR STRESS POSTRAUMÁTICO. La presentación y magnitud de éste síndrome no es siempre igual, a pesar de que algunos síntomas son predecibles según la anterior clasificación. Areti (1996) cita algunos factores que intervienen en esto:

- Historia previa de la víctima.
- Historia infantil.
- Relaciones familiares.
- Procesos identificatorios.
- Conflictiva sexual.

Yllan (1997) menciona que, la duración del Síndrome por Violación y su gravedad varía según:

- La edad y sexo de la víctima.
- La edad y sexo del ofensor.
- La temporalidad y características de ocurrencia del evento.

Kort, (1990) y Steward- Robinson (1996), hablan de que las reacciones a largo plazo y, a corto plazo pueden verse agravadas o disminuidas dependiendo de:

- Tiempo transcurrido desde la violación.
- Si la víctima está siendo apoyada por el medio familiar, o marginada por este.
- Si se denunció o no el hecho.
- Si el violador fue detenido.
- Si la violación fue ejecutada por pariente o desconocido.
- Si hubo amenazas con arma, verbales o golpes.
- Si existía historia de violación (es) anterior (es).
- Si la primera experiencia sexual fue la violación.
- Si el ataque fue por una o varias personas.

Las reacciones de la violación han sido estudiadas últimamente por algunos investigadores quienes han intentado categorizarlas por etapas (Burgess y Holmstrom, 1988, 1976; Caplan, 1964 (Citado en Arnold, 1984) y Notman y Nadelson, 1990)

La primera es LA FASE DE IMPACTO-DESORGANIZACIÓN, se inicia de inmediato y puede durar desde algunas horas hasta 2 o 3 semanas después y coinciden con los otros autores en los síntomas, que incluyen entumecimiento o desorientación, negación, incredulidad y sentimientos de soledad, depresión, vulnerabilidad e incapacidad, ambivalencia caracterizada por dependencia y hostilidad hacia quienes pudieran auxiliarla y hacia la autoridad. Bedolla (1984), habla de esta fase como ETAPA TEMPRANA y menciona que en ella pueden darse dos tipos de respuesta; una en donde hay ansiedad, ideas paranoides, temor, llanto y autocompasión. El otro tipo de respuesta se caracteriza por una aparente calma y sangre fría, en esta etapa frecuentemente se presentan los siguientes síntomas: disfunción sexual, dificultad en el trato con los hombres, rasgos fóbicos, depresión, baja autoestima y poca disponibilidad para recibir ayuda terapéutica.

Arnold (1984) denomina a ésta etapa DURACIÓN CORTA O FASE AGUDA, y menciona que en ésta, la víctima de violación, muestra tanto un "estilo controlado" (la emotividad está enmascarada) como un "estilo expresivo", en el cual los sentimientos de coraje, miedo, ansiedad, llanto y tensión son expresados. Las reacciones emocionales incluyen humillación, vergüenza y culpa. Estos dos estilos se alternan de forma lábil.

Krapuick (1980) nota que las víctimas de violación, robo y asalto se visualizan como débiles, temerosos, incapaces o fuera de control inmediatamente después del ataque.

Shuterland y Sherl (1970), mencionan una fase intermedia donde la víctima realiza maniobras con el fin de regresar a sus actividades normales haciendo pseudo-ajustes que no

logran la resolución del evento traumático, sino que la víctima utiliza como mecanismos de racionalización tendientes a disfrazar o desvirtuar el hecho, en un intento de recuperar el equilibrio (Autores citados en Arnold, 1984).

Beneke (1984) muestra en su estudio con hombres violadores, personas involucradas en la denuncia de la víctima, terapeutas y doctoras (es), que la magnitud del daño por violación, no se explica por la penetración como tal, sino por la pérdida de control antes, durante y después de haber sido atacada la persona, y que esta pérdida ocasiona que la mujer se visualice como totalmente dependiente de otros para tomar decisiones inmediatas a la agresión.

Dowdeswell (1984), investiga a una serie de mujeres violadas e incluye en esta investigación testimonios de las mismas en relación a las secuelas que experimentaron, ésta autora habla de que éstas secuelas son resultado de una conmoción o shock por la violación. Dentro de ellas, se mencionan: Aislamiento, soledad, culpabilidad, sensación de impureza, suciedad, llanto controlado, temblores, risa histérica, aturdimiento, calma total, espasmos, pérdida de control muscular, negación del evento, inseguridad, miedo paralizante, por citar algunas. De forma literal esta autora señala: "Siempre que las mujeres reaccionan aparentando una gran calma y total autodominio en el momento de la agresión, al cabo de tres o cuatro semanas es revivido de nuevo todo el asunto, aflorando entonces a la superficie una serie de emociones conflictivas o contrapuestas: depresión, ira, miedo". Además muchas de sus mujeres investigadas mencionaron haber experimentado la sensación de que su autonomía se hacía "añicos" después de la violación.

Burgess y Holmstrom (1988) señalan que el impacto de la violación afecta el estilo de vida sexual de la víctima, una importante área que implica toda una intervención clínica, ya que determina el subsecuente estilo sexual en las víctimas adultas cualquiera que sea su status marital o situación de vida.

Koss (1990), por su parte, reporta afecto restringido, disturbios en el autoconcepto, depresión, abuso y/o dependencia del alcohol, abuso y/o dependencia de drogas, ansiedad generalizada, desorden obsesivo-compulsivo, y, agrega que existe una fuerte relación entre la historia del ataque y la génesis de ideación suicida.

McCombie (1990), menciona que la violación, oscurece la reconocimiento de la víctima e interfiere con el empleo de recursos adecuados para enfrentar el evento.

FALTA PAGINA

No. **22**

2.3. SECUELAS SOCIALES.

El trauma de la violación se manifiesta con un retraimiento social gradual, además de psicológico que lleva a la persona violada a alejarse de las relaciones interpersonales en general (incluyendo familiares y amigos). La vivencia de pérdida asalta frecuentemente a la víctima de violación, causando suspicacia, susceptibilidad y temor hacia los demás, especialmente hacia los hombres (Notman y Nadelson, 1990). La desconfianza matiza todas sus relaciones en relación al sexo masculino, pues ellos representan el enemigo potencial que recuerda el peligro y los hechos pasados.

De igual manera, todas las reacciones que la víctima vive de forma individual, tienen su repercusión particular a nivel familiar y comunitario, debido a que el ataque modifica en ella los patrones en su relación con los otros, como resultado del daño causado a su YO y a la vivencia de haber sufrido una pérdida irrevocable. Metzger (citado en Kolodny, 1985, p.330) menciona al respecto, que la mujer que ha sido víctima de una violación "...vive una sensación de vacío y aislamiento de sí misma y de la sociedad..." pues siente que ha perdido autonomía, el control sobre su vida y el magisterio de su cuerpo. La mujer agredida se piensa incapaz de establecer límites con los demás, ello le aterra y le obliga a alejarse para satisfacer la necesidad de extremar el control de sus expresiones y afectos.

Las relaciones con la familia, la pareja, los amigos y los compañeros de trabajo o estudio a menudo se conflictúan, porque prevalece en la víctima la desconfianza en su medio; ocurre en ocasiones que, los que lo integran emiten juicios constantes acerca de los hechos, dudan de su versión, evaluando su moral, estigmatizándola, minimizándola y, provocando con esto que ella se conciba como un objeto devaluado.

La familia y la pareja en particular, experimentan una serie de emociones contradictorias. Por una parte les indigna el hecho y viven la agresión como si esta hubiera sido perpetrada en ellos, sienten deseos de venganza e irritación y compadecen a la víctima; por otro lado reaccionan con disgusto y repulsión como si la mujer hubiera sido cómplice en el ataque y ellos hubieran sido humillados y "manchados" por la experiencia (Kolodny, 1985; Bedolla, 1989).

La dinámica familiar o de pareja se trastorna y las relaciones se tensan en un intercambio del papel de víctima. Generalmente la familia nuclear (padre, madre, hermanos, esposo, hijos) están comprometidos con la ideología patriarcal, que culturalmente les ha impuesto el estereotipo de la mujer que provoca la violación, inculpándola del hecho. No

obstante, se ha visto en la labor del Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales, que la gran mayoría de las familias, parejas, amigos y comunidad en general, logran romper con los círculos que perpetúan tal ideología y apoyan a las mujeres que han sido violadas para que éstas puedan superar más rápidamente la experiencia y se experimenten como más dispuestas a ser intervenidas psicoterapéuticamente.

CAPITULO 3. MODELOS DE INTERVENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA VIOLACIÓN

CAPITULO 3. MODELOS DE INTERVENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE VIOLACIÓN.

En la sociedad violenta en que vivimos, la importancia de la salud mental adquiere proporciones decisivas. Ser saludable mentalmente debe considerarse parte importante de la salud general de la población. Las Psicoterapias Breves se adaptan en forma ideal a la satisfacción de estas necesidades. A ellas, se les puede confiar la mayor parte de la tarea de la prevención primaria, secundaria y terciaria en eventos generadores de crisis y secuelas graves como la violación.

De forma esencial, los centros de ayuda a víctimas de violación han tomado como marco de referencia esta modalidad de intervención, pues sus características cubren las necesidades de atención de un número cada vez mayor de mujeres que solicitan ser tratadas psicológicamente.

En este capítulo, se hablará en principio de LA PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA, su origen, desarrollo, teorías de sustento, análisis comparativo con el psicoanálisis, y, sus técnicas empleadas. Todo lo anterior como sustento para su empleo en la intervención terapéutica que se aplica en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales.

A continuación, se mostrará la estructura de dos centros de ayuda a víctimas de violación, los cuales adoptan el mismo marco de referencia, pero con diferente orientación metodológica. Uno de ellos es EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS Y SOBREVIVIENTES DE AGRESIÓN SEXUAL (PAVSAS), como centro de origen y finalidades académicas, además de apoyo; y el COLECTIVO DE LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES (COVAC), una organización No Gubernamental, cuyo origen y objetivos obedecen a una lucha contra la discriminación hacia la mujer, es decir, a partir de una perspectiva de género.

La forma de presentación se estructuró de la forma anterior porque, al revisar los diferentes Centros de Ayuda en el Distrito Federal y en otros del extranjero, principalmente Estados Unidos, se observó que, de forma general la Terapia Breve es la más empleada para el tratamiento para violación. Por otro lado, la presentación de dos de los centros más importantes del Distrito Federal, aparte del que centralmente ocupa este trabajo, obedece a la intención de mostrar que la asistencia a las víctimas de violación, no es una motivación que concierne solo al gobierno, sino a las premisas de igualdad y apoyo que predica el

movimiento feminista y al interés que la Universidad Nacional Autónoma de México ha demostrado que tiene en este sentido.

3.1 PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA.

La psicoterapia de emergencia, algunas otras formas de psicoterapia rápida y una serie de medidas estrechamente vinculadas con ellas, desempeñan un papel importante para el tratamiento de problemas que necesitan de una expedita intervención. Esta, proporcionada a tiempo, puede, incluso, evitar el suicidio como caso extremo, o el desarrollo de procesos crónicos malignos.

3.1.1 ORIGEN Y DESARROLLO

Es un hecho histórico que Freud comenzó por buscar curas rápidas. Ya en 1919 previó la posibilidad de que las técnicas psicoanalíticas no bastaran para satisfacer las demandas de la comunidad en materia de salud mental. En sus estudios de la histeria, él habla del éxito en el tratamiento de emergencia con una mujer histérica. La preocupación por el tiempo del tratamiento surgió a medida que se ampliaba la comprensión teórica de Freud acerca del desarrollo de la personalidad y de la formación neurótica. Desde 1946, Franz Alexander y Thomas French retomaron esta necesidad de reducir el tiempo de atención, y sus estudios arrojaron poderosa luz sobre el camino a seguir hacia el desarrollo de una psicoterapia breve derivada de la comprensión psicoanalítica. Casi todos los trabajos que siguieron en torno de los métodos breves deben algo a estos autores, a pesar de que también hubo quienes no asignaron crédito a esta modalidad por varias razones: El que practica ésta modalidad no recibe gran reconocimiento, no cuenta con la atención formal de los profesionales, las técnicas han sido tildadas de no científicas (Citados en Small, 1986)

Sin embargo, la cada vez mas numerosa cantidad de personas que reconoció la imperiosa necesidad de recibir tratamiento psicológico, y, la imposibilidad de pagar los altos costos del psicoanálisis fueron los factores que impulsaron la importancia de la terapia breve. Strean y Blatt (1969) también fundamentaron la necesidad de darle apertura a esta modalidad, pues observaron que la clase social baja era la que más solicitaba el servicio breve, pues, según ellos, la "terapia conversada" convencional de largo plazo era "repugnante" para esta clase, cuyos miembros tienden a ser menos verbales y más

orientados hacia la acción. Además de que, entre más baja sea la clase, menos será su aceptación como pacientes y menos probable que permanezcan en un tratamiento largo. El bajo suministro de personal capacitado para brindar terapia fue otro aspecto de impulso, fue como, se concluyó que una de las alternativas más claras para la solución de este problema consistía en abreviar efectivamente el proceso terapéutico. (Citados en Small, 1986)

Empero, la cuestión más importante para darle valor a esta modalidad, fue, el hecho innegable de que el servicio de emergencia constituye un medio para ayudar a tratar a los individuos mentalmente perturbados y hacer que se reintegren rápidamente a una vida activa y productiva. La asistencia rápida y efectiva en tales situaciones puede aliviar el sufrimiento, acortar el período de perturbación y facilitar la realización más completa en la vida del individuo.

Así pues, las Psicoterapias Breves adquieren proporciones de respuesta a una variedad de presiones:

- 1) Existe un aumento de la demanda de servicios psicoterapéuticos por parte del público que no se ve compensada por el incremento comparable del personal especializado disponible.
- 2) Las Terapias Breves desempeñan un papel preventivo o limitador tanto para las situaciones menores como para algunas crónicas y agudas.
- 3) Las crisis y las tensiones propias de la vida de la mayoría, producen una demanda urgente de intervención rápida.
- 4) La ineludible amenaza de catástrofes imprevisibles exige disponer de medios de asistencia rápidos y efectivos.
- 5) La psicoterapia breve es la única clase de tratamiento considerada efectiva por algunos profesionales.
- 6) Ciertos ambientes exigen la aplicación de la psicoterapia breve, debido a que en ellos no es posible el contacto prolongado con el paciente.
- 7) Diversas razones hacen que ciertas personas sólo sean capaces de aceptar la asistencia en un clima que se asocie con procedimientos breves y de emergencia similares a los de la clínica médica. (Small, 1986)

3.1.2 TEORÍAS DE SUSTENTO.

PSICOANÁLISIS

Para iniciar este apartado, se debe mantener la distinción entre el enfoque de la personalidad y la neurosis fundado en la teoría psicoanalítica y la psicoterapia altamente específica que se conoce con el nombre de psicoanálisis.

Bellak y Small, desde 1965 elaboran su Terapia Breve a partir de la Teoría Psicoanalítica ortodoxa. Así mismo pusieron especial interés en conceptos psicoanalíticos como:

* Determinismo Psíquico.- Consideran las causas y los efectos como ligados entre sí, y encuentran que el determinismo da significado a los síntomas.

* La Homeostasis.- Conciben la génesis de los síntomas como "esfuerzo de compromiso inestable entre la gratificación del impulso y la limitación del mismo por pautas de conducta aprendidas".

* Reconocen que el ELLO, YO y SUPERYO operan de forma dinámica para mantener la homeostasis.

Los argumentos para, aún utilizando la base psicoanalítica, no aplicar un estricto psicoanálisis en el tratamiento, lo encabeza Frohman (Citado en Bellak, 1990), destacando que la neurosis puede ser aguda aunque no tenga raíces profundas en traumas de la infancia. Así, los procesos psicoanalíticos de revelación a largo plazo no son necesarios en todos los casos de neurosis. De esta forma, aunque exista un conflicto más profundo que desencadene más reacciones ante la crisis, la terapia breve puede disminuir en medida importante su fuerza relativa.

APRENDIZAJE

Bellak Y Small (1986), aplican la teoría del Aprendizaje al desarrollo de técnicas para facilitar, por medio de la interpretación. Llamam también la atención sobre el papel del aprendizaje por identificación sobre el proceso de introyección y sobre el aprendizaje por insight. Finalmente, se busca en terapia, además de otras cosas, la rápida modificación de conducta, premisa básica de la teoría expuesta. La terapia de la conducta trata de modificar hábitos indeseables mediante la aplicación de una o más de tres categorías de operaciones condicionantes: el desacondicionamiento, el reacondicionamiento positivo y la extinción experimental.

Básicamente esta teoría habla de que, cuando el ser humano nace, lo hace con conductas no aprendidas y otras que sí lo están, como los reflejos, por ejemplo. La noción de

enfermedad o de conductas no adaptables, según esta orientación son el resultado de "condicionamientos" o reforzamientos indiscriminados. En las crisis, estas conductas aparecen desajustando más el nivel de equilibrio. La terapia breve se ubica aquí como coadyuvante en la resolución de conductas o la aparición de otras que puedan restablecer este equilibrio de forma adaptable para el sujeto.

La teoría del Aprendizaje tiene muchos aspectos valiosos que ofrecerle al terapeuta, especialmente en la práctica de la psicoterapia rápida como son:

1.- El aprendizaje por Ensayo y Error.- La selección de los movimientos propositivos es un problema central en la teoría del aprendizaje mediante ensayo y error. Esta selección la basaron los estudiosos de este tema, en la motivación, acondicionamiento y, en la inhibición de respuestas antagónicas. En la psicoterapia el problema del aprendizaje puede requerir la disminución de una motivación y el aumento de otra, la reducción de una respuesta antagónica y el reforzamiento de otra.

2.- Aprendizaje mediante respuesta-condicionada. El condicionamiento, como se sabe, implica la instauración de integraciones nuevas. Como resultado de este, dos estímulos no relacionados entre sí se asocian o integran. En el diagnóstico, lo que interesa pues, son los factores emocionales que llevaron a la instauración y en especial al sostenimiento o refuerzo de la conducta sintomática. De la misma forma en que una conducta sintomática puede desaparecer mediante condicionamiento, la experiencia clínica ha mostrado que, si la terapia cesa, se puede extinguir su efecto, en el sentido de que los antiguos síntomas reaparecen y el paciente tiene que volver a someterse a más psicoterapia de refuerzo.

3.- El aprendizaje como resultado de la motivación, basado en el reforzamiento. Mediante reforzamiento positivo (recompensa) una persona puede estar en mejores condiciones yóicas para adquirir aprendizaje y ejercitar otras conductas más adaptativas y acordes a sus necesidades personales.

4.- Aprendizaje mediante la identificación. Para comprender la configuración del comportamiento de un individuo, es preciso tomar en cuenta que se aprende por identificación, sea esta positiva o negativa. El aprendizaje puede ocurrir como una emulación positiva, o bien, a causa de la evasión de modos específicos de comportamiento relacionados a un introyecto "malo". Lo que cuenta es el grado de la inversión emotiva de cada experiencia introyectada y el resultado adaptativo y defensivo de esas experiencias (emulación, negación, formación reactiva, etc.) (Chance, 1984)

3.1.3 ANÁLISIS COMPARATIVO CON EL PSICOANÁLISIS.

Bellak y Small (1990), establecen la diferencia de la Terapia Breve con otras, especialmente con el psicoanálisis, particularmente en tres terrenos:

1.- LAS METAS. De forma general, la psicoterapia breve trabaja con metas limitadas, dirigidas principalmente a la eliminación o a la mejoría de los síntomas, al alivio de angustias presentes y prevención de problemas más serios. La psicoterapia breve no intenta la reconstitución de la personalidad. Si bien, la intervención dinámica puede como efecto secundario conducir a la reestructuración autónoma de dicha personalidad.

Grinker, y, otros autores contenidos en la obra de Bellak y Small (1986), resumen las metas de la Terapia Breve en:

- Alivio de las tensiones
- Fortalecimiento del YO
- Disminución de la severidad del SUPERYO
- Reestructuración de las estructuras defensivas que fueron eficientes en su momento
- Descarga afectiva
- Modificar psicopatologías incapacitadoras específicas sin necesidad de alterar la estructura psíquica básica.

2.- EL FACTOR TIEMPO. La psicoterapia breve exige un tiempo considerablemente menor que las demás modalidades. En promedio, se habla de, mínimo 10 y máximo 25 sesiones. La consideración del factor tiempo debe abarcar también los intervalos entre sesiones, entre los cuales, los de una semana son los que más autores mencionan como lo corriente. Se habla, así mismo de la duración de cada sesión, la cual puede ir desde 10 o 20 minutos, hasta la llamada "hora tradicional" de 45-50 minutos. En promedio se ha visto que 12 sesiones son suficientes para las metas propuestas por la Terapia Breve.

3.- LOS MÉTODOS. Las diferencias metodológicas observadas por diversos autores de la especialidad que nos ocupa se resumen en:

- La Terapia Breve no tiene las metas investigativas del psicoanálisis.
- La regla del anonimato relativo del terapeuta, que fomenta una atmósfera de carencia y se considera por ello esencial para el desarrollo de la neurosis de transferencia, se abandona directamente en la metodología breve.

- Aunque conserva una actitud no evaluativa, el terapeuta breve adquiere cada vez un papel más activo.

- La asociación libre se usa de forma limitada y se modifica el uso de la interpretación, la cual solo se emplea para lograr el insight de forma más rápida.

- La atención se centra sobre los síntomas y sobre los temas de importancia directa, trabajando más en el AQUÍ Y AHORA, a diferencia del psicoanálisis cuya dirección es buscar en el pasado.

- El número de sesiones es limitado.

- Se trata de eludir la dependencia regresiva y la transferencia ambivalente.

- La terapia breve recurre a una variedad de intervenciones, habilidades y recursos, en vez de aplicar un esfuerzo terapéutico de tipo único (Enfoque técnico múltiple).

3.1.4 TÉCNICAS DE LA TERAPIA BREVE.

El papel de terapeuta breve plantea al profesional una serie de exigencias: sus conocimientos deben ser apropiados para la tarea; en su carácter de individuo, deberá ser cauteloso y flexible, responder de inmediato a los efectos de sus intervenciones, sentir o saber qué y cuando modificar, reforzar o debilitar; tendrá que mantenerse alerta, registrar y escrutar cuidadosamente el progreso de la terapia, estar atento a pequeños detalles sin perder de vista el panorama general de la vida humana que tiene ante sí.

Para poder aplicar las técnicas en cada caso, primero se debe realizar un procedimiento básico, el cual, según Bellak (1990) consiste en:

- Identificar el problema presente.

- Reconstrucción breve de la historia del paciente.

- Determinación de las relaciones causales (consideración de las probabilidades de sobredeterminación).

- Elección de la intervención a adoptar. El terapeuta establecerá rápidamente cuales son los factores que requieren cambios o que se prestan a los mismos con mayor facilidad. Se puede elegir la intervención primaria, secundaria o terciaria según el caso. La guía para la selección de la intervención también considera de forma determinante un análisis del aparato psíquico del paciente, el cual contempla: Nivel de adaptación, Tolerancia a la frustración, capacidad de socialización entre otros aspectos.

- Elaboración del problema. El logro o el refuerzo del aprendizaje de una nueva conducta y, la extinción de las formas neuróticas de adaptación.
- Finalización del tratamiento. Aquí se hace hincapié en la toma de medidas para asegurarse que el paciente abandona el consultorio en posesión de una transferencia positiva cultivada y, con la clara comprensión de que será bienvenido en cualquier momento que decida regresar.

El modelo anterior lo funda Bellak (1990) en dos supuestos:

- 1.- Los procesos de comunicación, insight y elaboración (comunes a todas las psicoterapias de orientación psicoanalítica).
- 2.- El papel de los fenómenos de transferencia. La cual en forma positiva es, en terapia breve, esencial para que resulte posible la comunicación de datos en cantidad y rapidez suficientes para permitir una formulación psicodinámica.

Ya anteriormente se habló de que la terapia breve emplea variedad en técnicas. Cabe aclarar que, la confusión de TÉCNICA con TEORÍA es responsable del frecuente mal empleo que se da al termino Eclecticismo. La terapia breve necesita apoyarse en un sinnúmero de intervenciones terapéuticas a fin de hacer frente a la variedad de necesidades que se presentan en situaciones de crisis (intentos de suicidio, actos antisociales, intoxicaciones, estados de pánico, y otros).

Bellak (1990) menciona un sin fin de técnicas para intervenir, las cuales, cubren cada y uno de las necesidades en cada evento de crisis. Sin embargo, en este capítulo, nos enfocaremos a las empleadas en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales, para los casos de violación, por ser este el tema que ocupa el presente reporte. Su empleo en presentación y duración, como ya se mencionó, depende de los objetivos planteados y, de las necesidades de la (el) paciente en tratamiento. (Anexo 3)

3.2 PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS Y SOBREVIVIENTES DE AGRESIÓN SEXUAL (PAIVSAS).

3.2.1 DEFINICIÓN:

El Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (PAIVSAS), se encarga de brindar atención psicoterapéutica a niños, adolescentes y adultos que han sido agredidos sexualmente de forma reciente (víctimas), a aquellos que fueron agredidos sexualmente en una etapa anterior de su vida (sobrevivientes), y, a agresores sexuales. También ofrece el servicio de canalización de las víctimas que lo requieran y lo

deseen, a un servicio médico especializado, ó al de asesoría legal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

3.2.2 ANTECEDENTES DE CREACIÓN:

El PAIVSAS es concebido a partir de las actividades realizadas en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, pues, al proporcionar terapia sexual a mujeres, se encontró que un número significativo de pacientes con trastornos sexuales tenían antecedentes de violación y/o abuso sexual (González S, R. 1991).

Desde 1986 hasta 1989, se recaban datos de forma estadística, a través de la historia clínica de violación y de la hoja de datos relacionados de la UNAM. Así, en 1990 y, con los reportes anteriores, se sientan las bases para fundamentar la circunstancialidad en torno a la agresión sexual. En Julio de 1994, el PAIVSAS es inaugurado oficialmente por la Rectoría de la Universidad Nacional y, por la Facultad de Psicología.

3.2.3.ORGANIZACIÓN:

El PAIVSAS tiene 4 áreas de trabajo: Investigación, Docencia, Difusión y, Servicio.

El AREA DE INVESTIGACION genera estudios sobre la agresión sexual, que permitan tener conocimientos del fenómeno en sus diversas modalidades, para aplicarlos en el trabajo clínico y proponer medidas preventivas, se observa el problema como de índole social. Se analizan y estudian las consecuencias físicas, psicológicas y emocionales en las vidas de las víctimas.

DOCENCIA, es el área que contempla dos seminarios impartidos en la carrera de psicología durante octavo y noveno semestres, uno de ellos es de violación, y, otro de abuso sexual. Además imparte al personal de PAIVSAS un seminario de lecturas, sesiones clínicas, sesiones bibliográficas y supervisión clínica, con el fin de actualizar y ampliar los conocimientos de las terapeutas. Esta área hace énfasis en la prevención de la violación.

El AREA DE DIFUSION, brinda información al público en general acerca del problema de agresión sexual, sugiriendo pautas de prevención y concientización de este problema. Sus medios son: carteles, trípticos y folletos. También contempla la impartición de conferencias y entrevistas para los diversos medios de comunicación (forma efectiva de atraer pacientes para el programa).

La Atención Psicoterapéutica, se da en el ÁREA DE SERVICIO, la cual está ubicada en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM. Se atienden a las

tres modalidades: víctimas, sobrevivientes y abuso sexual. Así mismo, cuentan con un SERVICIO TELEFONICO ubicado en las instalaciones de PAVSAS (2° piso del edificio "A" anexo al salón 10).

3.2.4 MODELO DE INTERVENCION Y EVALUACION DEL SERVICIO

PAVSAS, en su tratamiento emplea a LA PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA. Cuando una persona agredida sexualmente llega a solicitar el servicio, le es aplicado, de forma inicial, un cuestionario con 110 preguntas, el cual maneja indicadores relacionados de forma general con los síntomas característicos del SÍNDROME DE ESTRES POSTRAUMÁTICO. Las sesiones de intervención en promedio son 12. Al final del tratamiento, vuelven a aplicarles otro instrumento con preguntas acerca de su recuperación, y, a partir de la sintomatología con la que llegan al servicio. Además, se les pide que contesten en un cuestionario su apreciación del servicio proporcionado, con preguntas tales como, su sensación con la terapia, con la persona que la atendió y, con el tiempo que le brindaron para la superación de su problemática. El personal de PAVSAS mencionó que está en revisión un instrumento más sofisticado para validar la intervención y el servicio de su programa.

Cabe señalar que, cuando se acudió al PAVSAS a solicitar la información para estructurar este apartado su actitud fue celosa en relación a proporcionar sólo lo necesario que se solicitó, pues se pretendía mostrar la descripción del instrumento que aplican como evaluación, es decir, como validan ellos su intervención, lo cual, no fue posible.

3.3. COLECTIVO DE LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES (COVAC)

3.3.1 DEFINICIÓN.

El Colectivo de Lucha Contra La Violencia Hacia Las Mujeres (COVAC), es una Organización No Gubernamental (ONG), sin fines de lucro, la cual ofrece atención personal, directa e indirecta a víctimas de violencia sexual, maltrato dentro del hogar (físico, sexual y/o psicológico) y, abuso sexual a menores de edad. Proporcionan: Atención emocional, Orientación Legal Especializada y atención informativa vía telefónica. Además de estos servicios, imparten talleres de capacitación, en estas mismas temáticas, y, desde hace cuatro años cuentan con un servicio de documentación.

3.3.2 ANTECEDENTES DE CREACIÓN.

Bajo la influencia del "Año Internacional de la Mujer", celebrado en nuestro país en 1975, surgen innumerables grupos que incorporaron las cuestiones de género como ejes de trabajo. Así, cobran fuerza, organizaciones promaternidad libre y decidida, por los derechos de la mujer, contra la violación y, en favor de la libre opción sexual. COVAC surge en 1984, y fue antecedente para la creación de otros grupos que atendieron el fenómeno de la violación y el maltrato doméstico en el país.

3.3.3 ORGANIZACIÓN.

La atención que ofrece COVAC se subdivide en las siguientes áreas:

- 1.- Atención Emocional.
- 2.- Orientación Legal y,
- 3.- Atención indirecta vía telefónica.

3.3.4 MODELO DE INTERVENCIÓN Y EVALUACION DEL SERVICIO.

La ayuda que brinda COVAC se proporciona bajo el marco DE GENERO FEMINISTA Y HUMANITARIO, lo cual considera que se ejerce una violencia específica por haber nacido mujer, es es decir, que un hecho biológico ha determinado la inferioridad y/o la desigualdad social.

En relación a su metodología, emplean diversas técnicas (esencialmente gestalt) pues pretenden separarse de posiciones doctrinarias, es decir, buscan intervenir sin tomar credenciales, ni formar ghettos intelectuales, sino desde la esfera de lo social y subjetivo, con un acercamiento fundamentalmente humanitario y empático, con una visión integral que permite tocar las áreas más importantes en la vida de la mujer, ligarla con su entorno y con las disciplinas que tradicionalmente atraviesan éstas problemáticas.

La duración del tratamiento es , en promedio de 12 sesiones ,pero varía dependiendo del caso. La estructura de las sesiones es la siguiente:

En una primera entrevista, se trata de detectar los sentimientos y consideraciones propias acerca del hecho violento. Se trabaja con algunos mitos propios y/o externos como punto de partida para el cambio. A la paciente se le explica que, dentro de esta ayuda, ella es parte activa puesto que propondrá metas a realizar y llevará a cabo diversas tareas. En

entrevistas subsiguientes, se van evaluando esas tareas y se echa mano de los recursos sociales con los que cuenta.

Para el personal de COVAC son muy importantes los siguientes aspectos del trabajo terapéutico:

- LAS DEVOLUCIONES: Se refiere a que, en sesión se de énfasis a "regresarle" las actitudes positivas y negativas a la paciente. Para ello, se pregunta, afirma o sugiere dependiendo del momento en que se encuentre.

Devolver también tiene que ver con proponer opciones y alentar para que produzca un cambio que la haga sentir mejor.

- LAS TAREAS: Se refiere a asignar actividades que signifiquen mayores cuestionamientos para la mujer. Pueden ser escritos, participación en eventos sociales, ejercicio físico, permanecer o salir sola para que se dé cuenta de que esa es otra forma de "estar", talleres de autoayuda o manualidades.

La forma de intercambio común en COVAC es la de escuchar y hablar. Utilizan dibujo, descripción de situaciones imaginarias o ante personas imaginarias, roles simulados, descargas físicas (cojines), juego con muñecos especiales, etc.

Lo que más le interesa conocer a las terapeutas es el estilo de relación de la mujer con su medio, y, que tanta huella le ha dejado este, además averiguar la parte más importante de su adolescencia y pasajes de su vida de adulta.

La EVALUACION se determina de la manera siguiente: La ayuda se da por terminada cuando la mujer deja de asistir por el problema de agresión que la trajo al principio. COVAC, valora la finalización del proceso en base a:

A) La desaparición de los síntomas con los cuales llegó.

B) Que ha superado los conflictos más fuertes relacionados con la violencia que sufrió y,

C) Que siente capacidad para enfrentar sus demás problemas sola, es decir, cuando se han concluido los objetivos que, tanto paciente, como terapeuta se fijaron.

Para terminar la intervención, primero se van espaciando las citas a intervalos de 15 días y se hace una evaluación conjunta de las condiciones como llegó y cómo se encuentra ahora, se le avisa que la intervención va a terminar, lo cual no impide que regrese en caso de volver a necesitarlo. El promedio de intervenciones que se han concluido es de 26% y la mayor parte comprende casos de Violación (Duarte, S.M.P. 1992).

COVAC, a diferencia de PAIVSAS y del CTA, incluye en su personal terapéutico a hombres, pues se ha observado que, la participación de este género, rompe mitos e ideas irracionales que tienen que ver con la sobregeneralización que comúnmente hacen las mujeres violadas, respecto de que "Todos los hombres son malos". Este aspecto les ayuda a entender a la violación como un fenómeno social, cultural y no personal, y, atenúa su sensación de vivir dentro de un mundo "completamente" amenazante.

COVAC también emplea la Ayuda Breve y de Emergencia, enfoque del teórico Bellak, basado principalmente en teoría psicoanalítica, del aprendizaje y de sistemas.

CAPITULO 4. EL MODELO DE ATENCIÓN EN EL CENTRO DE TERAPIA DE APOYO A VÍCTIMAS DE DELITOS SEXUALES (CTA)

CAPITULO 4. EL MODELO DE ATENCIÓN EN EL CENTRO DE TERAPIA DE APOYO A VÍCTIMAS DE DELITOS SEXUALES (CTA)

En este capítulo se presentará El Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA), como modelo institucional destinado a intervenir en casos de violación en términos psicoterapéuticos, legales y de obtención de datos estadísticos. Inicialmente, se tocará lo relacionado a los antecedentes que dieron origen al mismo. Se continuará con su estructura humana y las funciones de las áreas que lo conforman para, finalizar con el modelo terapéutico grupal e individual, punto central del presente trabajo.

4.1 ANTECEDENTES

En abril de 1989 se crea la primera Agencia Especializada del Ministerio Público en Delitos Sexuales en la Delegación Miguel Hidalgo, hoy Agencia número 46; en meses posteriores se crearon otras dos Agencias ubicadas en Coyoacan y en Venustiano Carranza, la 47a y 48a respectivamente; en agosto del mismo año, se crea el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA) , también dependiente de la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal, como parte de las tendencias de asistencia a víctimas. En este Centro, se atienden a todas las personas que denuncian haber sufrido una agresión sexual, a quienes aún no lo han hecho por diversas razones, y, a las personas cuyo ataque sexual ya rebasó el tiempo límite para poder proceder penalmente. También se atienden a sus familiares brindándoles apoyo psicoterapéutico en primera instancia. Posteriormente se les proporciona asesoría jurídica. Se trabaja conjuntamente con las psicólogas ubicadas en las 4 Agencias en cuatro turnos. Finalmente, en 1990, se establece la Agencia número 49 en la Delegación Gustavo A. Madero.

Al establecer el sistema de auxilio a víctimas, se orienta el servicio de esta área hacia la corriente restitutiva donde no sólo es importante asistir a la víctima en términos psicológicos, sino proporcionarle asesoría jurídica encaminada a la restitución de sus derechos y, dando mayor énfasis a la reparación del daño generado por la agresión sexual.

El CTA fue creado por acuerdo del Procurador General Justicia del Distrito Federal y publicado en el Diario Oficial de la Federación del 27 de marzo de 1991. Está representado oficialmente por una directora, la cual es responsable de planear, administrar, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar todas las funciones establecidas en las áreas que lo integran.

4.2. TIPO DE MODELO DE ATENCIÓN.

Existen múltiples servicios de apoyo a víctimas, pero, en todos los casos, se asume que la persona agredida necesita apoyo social para enfrentar y superar la situación. Soria y Hernandez (1994), proponen varios modelos, entre los que se encuentra el que ocupa este reporte laboral:

1.- Modelo centrado en la atención legal a las víctimas.- Plantea la necesidad de garantizar a la víctima una situación de igualdad legal con el agresor. Tiene tres objetivos:

- * Comunitario: Creación de asociaciones de víctimas con el objetivo de defender sus derechos.

- * Institucional: Promueve políticas legislativas en favor de las víctimas.

- * Personal: Orientación y apoyo legal a las personas victimizadas.

2.- Modelo centrado en el bienestar social.- Aborda el problema desde una perspectiva multidisciplinaria y, no solo legal. De ésta forma, el gobierno dota económicamente de servicios públicos para que se hagan cargo de la atención parcial (sanitaria, social, psicológica, etc.) de las víctimas.

3.- Modelo centrado en la propia comunidad.- Apoya a las personas sin la ayuda Institucional, concluyendo que el Gobierno no está interesado en resolver con prontitud y respeto, los problemas sociales que puedan surgir.

4.- Modelo integral de atención a víctimas.- Enfatiza que debe existir un nexo entre las instituciones públicas y la comunidad para facilitar la atención integral de la víctima. Se parte de una concepción holística de la victimización, es decir, si en ella se producen efectos legales, económicos, psicológicos, sociales, etc. todos ellos deben ser tratados globalmente. Un ejemplo de dicho planteamiento lo constituyen las R.C.C. (Rape Crisis Center), donde la víctima de una agresión sexual recibe apoyo integral desde el mismo momento en que se produce el delito y se la ayuda en los trámites policiales, asistencia médica, apoyo psicológico de urgencia, etc.

El CTA, contempla esta ayuda integral a la víctima, por lo que el Modelo de Atención se puede ubicar en el último rubro: De apoyo global.

4.3 AREAS DE ATENCIÓN.

Como parte de este modelo global, en el CTA existe, en primera instancia, una SUBDIRECCION JURIDICA, la cual consta de dos Unidades Departamentales, una de SEGUIMIENTO JURIDICO Y CONCERTACION INSTITUCIONAL donde se orienta a las víctimas sobre su situación legal, en algunos casos se le acompaña a denunciar, a los careos y/o a otras diligencias de carácter judicial. Este apoyo presencial se da cuando:

* La víctima lo solicita.

* La Titular de Ministerio Público lo solicita, considerando que la presencia de la terapeuta provocará en la paciente una sensación de seguridad y valentía ante dicha diligencia.

* Cuando la abogada del área legal del CTA, observa que, de no ser por la presencia de la psicóloga, la víctima difícilmente va a poder enfrentar la diligencia, sobre todo, en el careo, que consiste en enfrentarse con el agresor de forma verbal.

La otra Unidad Departamental es de la de CASOS RELEVANTES, SERIALES, INVESTIGACIÓN Y PREVENCIÓN. Aquí, se recopila la parte estadística de los casos ingresados al CTA, y se reúnen las agresiones seriales (ataques cuya forma de ejecutarse se repite en diferentes víctimas). Este departamento también se encarga de impartir pláticas preventivas en las instituciones educativas o de otra índole que lo soliciten.

La SUBDIRECCIÓN CLÍNICA, se encuentra a cargo de dos Unidades Departamentales: La de ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA, que brinda la recepción (Ingreso) dentro del CTA y la atención terapéutica especializada subsiguiente para cada caso; y, la UNIDAD DEPARTAMENTAL DE AGENCIAS ESPECIALIZADAS EN DELITOS SEXUALES (AEDS) Y RECONQUISTA. Esta última, se encarga de recuperar toda la información de las Agencias en cuanto a Averiguaciones Previas iniciadas y el turno en general del Ministerio Público para que, posteriormente se canalicen al área de Reconquista y, por medio de Trabajo Social, se hagan visitas, se envíen citatorios o se realicen llamadas telefónicas a los usuarios a fin de ofrecerles el servicio en cualquiera de sus áreas. Así mismo, las personas que dejan de acudir al CTA también son recaptadas por ésta área a fin de que terminen su tratamiento terapéutico.

En ésta misma unidad se encuentra CETATEL, que es un concepto de atención en crisis vía telefónica y de información jurídica. Originalmente se atendían solo Delitos Sexuales, sin embargo, actualmente se especializó toda el área de atención a cualquier víctima del delito.

Funciona las 24 horas al día los 365 días del año y es atendida por una psicóloga en cada uno de los turnos: Matutino, Vespertino y Nocturno (Anexo 2)

Básicamente, los programas que tiene actualmente funcionando el CTA son:

- Atención psicoterapéutica a víctimas de delitos sexuales.
- Línea telefónica de intervención en crisis e información en delitos sexuales (CETATEL).
- Detección de casos seriales.
- Difusión de estrategias de prevención de eventos de violencia sexual.
- Intervención en crisis en Agencias Especializadas en Delitos Sexuales.
- Contención de estrés laboral.
- Asesoría y seguimiento jurídico a víctimas de delitos sexuales y auxilio para la obtención de la reparación del daño.
- Análisis e investigación del impacto victimal de los delitos sexuales.
- Reconquista de víctimas de delitos sexuales.
- Supervisión clínica.

Dada la naturaleza del reporte laboral que aquí se presenta, se le dará mayor énfasis a la intervención psicoterapéutica grupal e individual, función de la Subdirección Clínica, como ya se vio anteriormente.

4.4 MODELOS DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA A VÍCTIMAS DE DELITOS SEXUALES.

A pesar de que el rubro oficial para la presentación que continúa es de DELITOS SEXUALES, cabe aclarar que, existiendo varios de estos delitos, el CTA trabaja de forma general con VIOLACION Y ABUSO SEXUAL, pues se ha visto que, delitos como ADULTERIO, ESTUPRO O INCESTO (todos bajo la definición del Código Penal), llegan en una cantidad mínima, por ejemplo, de 100 casos, uno es de adulterio, además de que, para los fines del presente trabajo, interesa el delito exclusivo de violación en mujeres.

El modelo actual de atención se basa en la PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA, con técnicas diversas, básicamente de orientación gestalt, y con énfasis FENOMENOLOGICO Y HUMANISTA. Al inicio del programa y hasta 1996, se empleó la Terapia Racional Emotiva (Albert Ellis), como base metodológica para intervenir, con éstas se observaron cambios benéficos en las usuarias a corto plazo, sin embargo, se constató que varias de ellas, después de un tiempo solicitaban nuevamente la atención, por haber experimentado recaídas emocionales que alteraron su proyecto de vida, a pesar de haber sido dadas de alta.

Con la nueva administración, a partir de 1997, y después de valoraciones y reuniones de trabajo, se llegó a la conclusión de que se seguiría usando la modalidad de Terapia Breve, pero esta vez, con técnicas de Gestalt, por haber tenido la experiencia de que dichas técnicas fueron especialmente útiles en el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) y en el Centro de Atención a Víctimas de Delito Violento (ADEVI), ya que en ambos casos resaltaba el elemento VIOLENCIA.

Para lograr que los criterios en la intervención con las nuevas técnicas fueran unificados por las terapeutas fue necesario que éstas fueran capacitadas. Dicha capacitación se llevó a cabo de marzo de 1997, hasta julio del mismo año, en instalaciones del CTA. Participaron psicoterapeutas cuya experiencia en Gestalt era de más de 5 años. A la fecha, se siguen unificando criterios y, se cuenta con la ayuda necesaria de una supervisora por turno para revisar los casos y proponer las técnicas más útiles para cada caso. El personal de supervisión tiene más de 15 años de experiencia en psicoterapia gestalt. Cuando, por alguna razón, la supervisora no puede ejercer su función existen tres psicoterapeutas dentro del Área Clínica, quienes ya han trabajado en CAVI O ADEVI y que auxilian en este sentido.

La Crisis que origina la violación, es el punto desde donde partió el interés para conformar un modelo concreto destinado a reducir sus efectos. Caplan, desde 1960, y, hasta 1976, ofreció una estrategia de intervención en casos de las alteraciones emocionales producidas por la Segunda Guerra Mundial. El conformó, mediante investigaciones y aplicaciones una Teoría de la Crisis, retomada posteriormente por Karl Skaikeu (1977-1983), quien, con base en ella, creó toda una estrategia de tratamiento denominada Intervención en Crisis, la cual define de la siguiente forma:

"Intervención en crisis es un proceso de ayuda dirigida 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 de vida, más opciones de vida) se incremente" Skaikeu (1992,p.4).

De la misma forma, este autor habla de la crisis como "Un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares" dado esto, la teoría de las crisis lo que hace es "emplear métodos acostumbrados para la solución de problemas y, por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo". Skaikeu (1992, p.11)

Para lograr la reducción de los efectos de la crisis, el CTA retoma aspectos importantes y centrales de las teorías de Rogers (1990), Sullivan (1992) y Salama (1988) en los siguientes sentidos: La gran aportación de Rogers, tanto en el Modelo Grupal, como en el Individual, se traduce en el énfasis que puso respecto de que, la pasividad y aparente falta de interés o de compromiso es experimentada por la usuaria como un rechazo, lo cual, puede magnificar en ella toda la serie de mitos que rodean, de por sí, a la violación. Colocarse en el "lugar de la otra" ayuda mucho a establecer un contacto humanizado y sensible hacia su dolor, expectativas y necesidades. La tarea de entrevistar con éxito, cuando las víctimas llegan a solicitar el servicio, es, a menudo, expresada por medio de gestos y tonos de voz, más que por las palabras propiamente dichas. Esta cualidad ó ingrediente, el cual es denominado EMPATIA, queda demostrado por el equipo terapéutico que intenta mostrarse comprometido con las demandas de la usuaria, fortaleciendo con ello y, desde que llega, su propia estima. Salama (1988), también colabora con el trabajo de recuperación, mencionando que, a la usuaria no se le debe percibir como un objeto de conocimiento o de acción, sino como un sujeto de relación.

Sullivan (1992), por su parte, refiere que una de las ganancias de establecer una buena relación empática en la entrevista es que la entrevistada se torna evidentemente comunicativa en cuanto descubre que existe sensatez en las preguntas acerca de su problema, que las terapeutas no enjuician, ni fomentan culpas, sino que elogian su decisión de cambio y sanación.

La Intervención en crisis proporcionada en El Centro de Terapia a Víctimas de Delitos Sexuales, consiste en:

1.- Intervención de Primer Orden (O prevención secundaria). Ésta es brindada por la, ó las primeras personas que tienen contacto con la víctima inmediatamente después de haber sufrido la violación. Esta es responsabilidad de las psicólogas de las Agencias Especializadas, o de las psicólogas del CTA cuando aún no ha iniciado una denuncia y, se presenta primero al Centro de Terapia. Solo consiste en una entrevista que rescata aspectos como prevención de suicidio, recursos sociales, motivación a buscar ayuda, y empatía como elemento fundamental para no perder a la paciente. Básicamente se le muestra, corporal y verbalmente una actitud de comprensión y solidaridad, de respeto ante su problema. Además se procura que la víctima se dé cuenta que tiene personas significativas para las

cuales es importante. Se le demuestra que no está sola en su problema y que existen soluciones concretas para mejorar la situación, las cuales son discutidas.

2.- Ayuda de Segundo Orden. Busca reparar el daño hecho por una crisis, mediante terapia a largo plazo, reentrenamiento, medicación o rehabilitación. En ésta se ubica el tratamiento brindado por el CTA, el cual será explicado con mayor detalle más adelante. Busca disminuir de forma inicial los síntomas y continuar así hasta la desaparición de los mismos. Esta recuperación puede lograrse mediante terapia individual o grupal.

Para intervenir de forma subsiguiente, en el CTA, se emplean de forma esencial la siguientes estrategias de orientación gestalt:

a) Supresivas.- Pretenden eliminar conductas (Autoculpabilización)

b) Expresivas.- Promueven la expresión de aquello que no se desea expresar a nivel defensivo (enojo, impotencia, tristeza).

c) Integrativas.- Integran partes que la usuaria ha dejado de lado. Se procura que una estas partes, las reconozca y las use (Asertividad, agresividad expresada adaptativamente).

Las técnicas gestálticas empleadas para tal fin son: silla vacía, proyección, exageración, maximización, identificación, traducción, imagineria, cambio de roles, espejo y ensayo, abreacción emocional con objeto neutro, inducción a fantasía, tono de voz modulado para contactar sobre todo con enojo (Baumgardner.P. 1994). (ANEXO 3)

A continuación se mostrará la modalidad grupal e individual en las que, según las necesidades de las (los) pacientes, se emplean las técnicas anteriormente descritas.

Cabe señalar que, aunque en el CTA también se brinda la modalidad de Terapia Familiar, ésta sólo funciona como soporte para la recuperación de la paciente, cuyo sistema familiar se ve alterado con el ataque sexual, como se vió en el apartado correspondiente a las Secuelas Sociales de la Violación, de forma que no será presentada en el este trabajo.

4.4.1 MODELO GRUPAL.

Originalmente en el Centro de Terapia de Apoyo, sólo se utilizaba la terapia Individual, no existiendo la subespecialización. Al observar modelos de otros países y determinando la importancia de que el CTA se especializara de acuerdo a las necesidades de las víctimas, se trabaja con terapia individual, familiar y grupal, siendo esta última, la más recurrida, puesto que permite atender el mayor número de usuarios. La parte medular para elegir este concepto consiste en que, a partir de la terapia de grupo, las víctimas van asumiendo la

problemática desculpabilizándose del evento, asimilando la agresión para buscar apoyos al exterior que les permitan recuperarse a pesar del evento agresivo.

Los diferentes grupos en los que actualmente se trabajan son:

- Mujeres víctimas de violación.
- Adolescentes víctimas de abuso sexual y/o violación.
- Niños de 5 a 8 años de edad víctimas de abuso sexual y/o violación.
- Niños de 9 a 12 años víctimas de abuso sexual y/o violación.
- Padres de víctimas de agresión sexual.
- Contención para profesionales que atienden agresión sexual (terapéutas), en donde se busca que el impacto del trabajo no interfiera con su desempeño laboral.

Antes de participar en un grupo, las (los) pacientes tienen que llenar algunos requisitos:

- 1.- Haber tenido, por lo menos, cuatro sesiones de terapia individual (excepto en los casos de GRUPO DE PADRES).
- 2.- No estar involucrados en una problemática más grave simultánea al evento de agresión sexual (Homicidio, historia de maltrato físico y/o sexual agudo, evento sexual agresivo con demasiada violencia, eventos sexuales agresivos en diferentes etapas de su vida y con diferentes personas y otros).
- 3.- Contar con elementos socializantes y adaptativos que coadyuven a su integración y desarrollo grupal.
- 4.- No ser pacientes psiquiátricos.
- 5.- Disponibilidad para el horario.

Como medida de persuasión para ingresar al grupo, en terapia individual, se les habla de las ventajas que tiene este ingreso y se les motiva a continuar y cerrar su proceso de esta forma. Se enfatiza el aspecto de socializar la agresión, es decir, hablar de ella de manera sencilla buscando la superación de la misma, compartir sus experiencias, ideas, dudas e inquietudes en relación a la agresión y plantear soluciones conjuntas para ayudar a su superación. Se deja siempre, abierta la posibilidad de que pueden regresar a terapia individual, en caso de que no se hayan sentido agusto y/o sientan que necesitan trabajar más aspectos a nivel particular.

La ubicación del grupo terapéutico es en el mismo Centro de Terapia, en una sala especial, donde caben aproximadamente 24 personas, comodamente sentadas en círculo, además se tiene al apoyo de dos pizarrones y privacidad total para trabajar. El grupo trabaja

cada semana en un horario y día fijos. El grupo de niños se lleva a cabo en un salón diferente especialmente diseñado para el objetivo, pues está alfombrado, aproximadamente mide 10 por 6 metros. Existe una casa Infantil, variedad de juguetes, pizarrón, muñecos de vinil con áreas genitales integradas, títeres, crayolas y papel para dibujar. Cuando este grupo trabaja, en la otra sala trabajan sus padres en el grupo correspondiente. Toda la semana hay grupos terapéuticos en todas las modalidades y en los dos turnos: Matutino y vespertino

Para ingresar a una madre o padre a grupo, se requiere que la terapeuta que atiende a su menor hija (o) integre un expediente especial, pues esta persona pasa a ser paciente del Centro de Terapia en la modalidad de Víctima Indirecta. Además tiene que inscribirla en la carpeta de dicho grupo para registrar su asistencia y avances. En esa misma carpeta existe un formato de reporte por sesión, donde se anota el día, el número de sesión, el objetivo, metodología y resultados de la misma. En cada grupo colaboran dos psicoterapeutas mujeres, aunque se están empezando a manejar las intervenciones grupales con una sola, por las necesidades de demanda en la atención.

La clasificación de los grupos se hizo con base en la experiencia obtenida en otros centros de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal para atender a víctimas de otros delitos y a las necesidades propias de los usuarios del servicio.

Generalmente, las Instituciones terapéuticas que atienden a ésta problemática lo hacen en la modalidad individual, de estas, pocas, con un modelo grupal. En el CTA, se tiene la evidencia de que, se obtienen mejores resultados de recuperación con un modelo grupal-homogéneo, dirigido y focalizado al ataque sexual.

Los objetivos de los grupos se presentan a continuación. Cabe señalar que el tiempo de intervención grupal es de 13 sesiones, con opción de extenderla una más.

1.- GRUPO: VIOLACIÓN Y ABUSO SEXUAL EN ADOLESCENTES.

OBJETIVO GENERAL

Brindar las herramientas necesarias en el grupo a fin de superar la agresión sexual sufrida a partir de socializar las experiencias vividas con sus iguales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- * Conocer el concepto de agresión sexual.
- * Brindar herramientas que permitan superar el evento.
- * Trabajar medidas preventivas a partir de autoestima.

- * Incrementar la asertividad y reconsiderar su actual situación.

(ANEXO 4)

2.- GRUPO: PADRES DE MENORES VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL EXTERNA.

OBJETIVO GENERAL

Orientar e informar a los padres sobre las consecuencias generadas a partir de la agresión sexual en sus hijos, así como brindarles las herramientas necesarias para ayudarlos a superar el evento traumático.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- * Brindar herramientas para la prevención de agresiones sexuales posteriores.
- * Trabajar en la disminución de culpa.
- * Disminuir las inquietudes y dudas surgidas a partir del evento.

(ANEXO 5)

3.- GRUPO: NIÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL Y/O VIOLACIÓN.

OBJETIVO GENERAL

Reestablecer a los menores víctimas de agresión sexual en su entorno en base a disminuir los síntomas y la aceptación del evento vivido.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- * Promover la expresión de sentimientos de los menores agredidos.
- * Promover la disculpabilización.
- * Informar sobre la prevención de agresión sexual y dar técnicas a los menores para promover autocuidado.
- * Trabajar autoestima y asertividad en los menores.

(ANEXO 6)

4.- GRUPO: MUJERES VIOLADAS.

OBJETIVO GENERAL

Propiciar la elaboración cognoscitivo-afectiva de la experiencia sufrida a través de generar un reaprendizaje que permita el desarrollo integral de sí misma a partir de la experiencia traumática.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- * Empoderar a las mujeres para enfrentar personal y socialmente la violación, como un delito resultante del modelo patriarcal de ejercer el poder.
- * Disculpabilizar.
- * Elevar autoestima.
- * Promover toma de decisión basada en asertividad. (ANEXO 7)

4.4.2 MODELO INDIVIDUAL.

Por la naturaleza traumática del evento y las consecuencias psicosociales a enfrentar (creencias estereotipadas sobre violación, y sexualidad, devaluación, señalamiento social, autoinculpación), por quien sufre la violación, especialmente si acaba de ocurrir, la atención individual de primer orden para mujeres procura los siguientes objetivos:

OBJETIVOS GENERALES

Lograr la disminución de los síntomas que se generaron a partir de la agresión, a fin de restaurar el equilibrio emocional promoviendo la reincorporación a la vida social, sexual, familiar y/o laboral de forma adaptativa y constructiva para la paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- * Recibir apoyo emocional empático.
- * Facilitar la expresión catártica de sentimientos (angustia, ira, miedo, culpa) y de la experiencia.
- * Canalizarse al servicio médico y de laboratorio.
- * Elaborar sentimientos autoinculpatorios, si los hubiere.
- * Reestructurar miedos y fantasías catastróficas angustiantes, por acciones de autoprotección realistas.

* Valorar y ayudarlo a usar los recursos personales psíquicos y socio-familiares con que cuenta.

* Detectar ideas suicidas y conductas impulsivas que atenten contra su vida ó la de los otros.

* Restaurar el equilibrio emocional a condiciones de funcionalidad anteriores al evento.

* Fortalecer autoestima y entrenar asertividad.

* Brindar asesoría de tipo sexual.

* Promover elaboración del evento.

* Prepararlo para la denuncia, si fuere necesario.

* Prepararla para diligencias tales como : Ratificación de denuncia, ampliación de declaración, careo con el agresor.

* Determinar si está en condiciones de socializar su evento en psicoterapia grupal.

En el área clínica (Atención individual psicoterapéutica), existen 18 psicólogas, en dos turnos; Matutino (9:00 a 15:00 hrs) y el Vespertino (15:00 a 21:00 hrs). En total se cuenta con 9 cubículos privados donde se brinda la atención individual. La intervención familiar se ofrece en un cubículo separado de estos y, proporcionada por un Psicoterapéuta Familiar, unicamente en el turno matutino. La canalización de los familiares a este especialista, es responsabilidad de la psicoterapéuta de la (el) paciente agredida (o), y, el seguimiento del caso es continuamente discutido entre ambos.

Para explicar la secuencia de aplicación del MODELO INDIVIDUAL, se dividirá el siguiente apartado en las fases que se siguen para su aplicación:

1.- Ingreso

2.- Valoración Psicológica/Expediente Psicológico, e,

3.- Intervención como tal.

INGRESO.

Para ingresar al Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos sexuales lo único que se requiere es ser víctima o sobreviviente de agresión sexual, esto se refiere a que, igualmente son atendidas mujeres recién victimizadas, como aquellas cuya (s) agresión (es) se llevó (aron) a cabo hace años. Existen varias vías para ingresar, a saber:

- 1.- Canalizadas a través de la Agencia Especializada donde iniciaron su denuncia y donde fueron atendidas por una psicóloga,
- 2.- Canalizadas del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI), también dependencia de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal,
- 3.- Canalizadas de cualquier hospital del Distrito Federal,
- 4.- Enviadas mediante los sistemas de información LOCATEL , CETATEL ó SAPTEL.
- 5.- Por información radifónica, televisiva o de personas que conocen el servicio.

El procedimiento para ser ingresadas es el siguiente:

- 1.- Son recibidas por la recepcionista, quien las canaliza con la terapeuta que ese día tenga asignado DIA DE INGRESO. Este día dicha terapeuta tiene prohibido citar pacientes, pues será la persona encargada para recibir a cualquier hora a todas las personas que soliciten su ingreso, este día también es designado como De Primera Vez.
- 2.- Una vez en el cubículo, la terapeuta empieza a establecer empatía con la paciente, comunicándole aceptación, cordialidad y comprensión ante su problemática. Se le informa que será iniciado un trámite con sus datos, datos de la agresión, del agresor y de su averiguación previa. los cuales serán de carácter confidencial. Se le informa que si, en algún momento de la obtención de datos ella ya no desea continuar, se puede suspender dicho trámite. En este caso, únicamente se le tranquiliza mediante relajación y respiración y se le da su carnet, con su cita anotada claramente y el nombre de su terapeuta. De forma general, la psicoterapeuta que elabora el trámite de Ingreso es la que interviene psicológicamente a la paciente de forma subsiguiente, ya que logró iniciar con ella un vínculo significativo y empático.

VALORACIÓN PSICOLÓGICA Y EXPEDIENTE PSICOLÓGICO.

La siguiente sesión se ocupa principalmente para llenar los anteriores documentos, cuya importancia es crucial, ya que, a partir de estos datos se establece la línea de intervención adecuada a las necesidades de la usuaria . El primer documento (VALORACIÓN PSICOLÓGICA), rescata todas las alteraciones condensadas en el SÍNDROME DE ESTRES POSTRAUMÁTICO, y, clasificadas a continuación:

- 1.- Alteraciones cognoscitivas (Memoria, atención, análisis, síntesis, concentración, pensamiento)

2.- Alteraciones Somáticas (Sueño, alimentación, disfunciones digestivas, cefalea, tensión muscular, dermatitis, anorexia). La somatización, la define Salama (1996), como "Toda alteración que afecta a los órganos internos o de la función involuntaria. O también a la imagen corporal como un todo; que están matizadas en su manifestación por las características particulares de la personalidad de el sujeto".

3.- Alteraciones adictivas (se señala si, ya antes consumía alcohol, tabaco o alguna droga y, si el evento ha incrementado su adicción, también si a raíz de éste ha empezado a consumir algún medicamento prescrito médica o voluntariamente)

4.- Alteraciones conductuales (fobias, autoagresión, agresión exterior, pérdida de Interés en actividades significativas, exposición a factores de riesgo, regresiones conductuales, bajo rendimiento escolar o laboral, parálisis laboral o escolar, cambio de hábitos, actos reptitivos)

5.- Alteraciones emocionales (irritabilidad, vulnerabilidad, enojo intenso, depresión, miedo, deseo de venganza, aislamiento, culpa, decremento de asertividad, limitación de afecto, frustración, impotencia, humillación, entre otras).

Al final del mismo documento, hay un espacio para elaborar una pequeña impresión diagnóstica donde se anota, si, a considerar por los síntomas reportados, la paciente presenta el cuadro de estrés postraumático, y datos adicionales de su historia y forma de apreciar el evento que vivió. También se anota una breve diferenciación de su situación antes y después del mismo, el pronóstico (Favorable, reservado o desfavorable) y las razones por las cuales se emite éste.

El EXPEDIENTE PSICOLÓGICO, contiene los siguientes datos:

1.- Motivo de consulta.

2.- Impresión Diagnóstica (Breve descripción del estado emocional de la paciente al llegar al CTA, facie, postura, actitud durante la primera entrevista, expectativas y apreciación del nivel de compromiso ante su proceso terapéutico)

3.- Datos de la situación psicosocial (Culpa, mitos acerca del evento, redes de apoyo, devaluación, tendencia al sometimiento, disfunciones sexuales, codependencias).

4.- Modalidad terapéutica (Individual, grupal, lúdica, familiar, de pareja).

5.- Objetivos Terapéuticos, los cuales se establecerán en conjunción con la paciente a través de sus expectativas y motivo de consulta.

6.- Número tentativo de sesiones.

7.- Situación ANTES Y DESPUES del tratamiento.

Básicamente se anotan las repercusiones del rubro anterior, por ejemplo, debido a que se detuvo su desempeño escolar o laboral, probablemente su economía ha sufrido desbalance grave, ha perdido su casa por no tener con qué seguir pagando el alquiler, ó, debido a las somatizaciones ha presentado un grado de anemia grave que amenaza con hospitalización, ó, se ha tenido que cambiar de casa, usando para el fin, recursos que son indispensables para la subsistencia.

La Impresión Diagnóstica versión larga, se emite cuando la víctima ya tiene más de 5 sesiones, e incluye:

- 1.- Antecedentes.
- 2.- Motivo de consulta.
- 3.- Situación emocional anterior al evento.
- 4.- Situación psicosocial posterior al evento.
- 5.- Consecuencias psicoemocionales.
- 6.- Daño moral y,
- 7.- Pronóstico.

Otras funciones de las psicoterapeutas , como ya se mencionó anteriormente son:

2.- Asistir a la víctima en diligencias de carácter judicial, como Denuncia (acusación del ofensor con detalles de los hechos), Ratificación de Declaración (Confirmar que desea continuar con el proceso legal), Careo (Enfrentamiento entre la víctima y el ofensor de forma verbal ante el representante del Juzgado Penal). Esta labor se da fuera del Centro de Terapia, en los Reclusorios Penales donde se esté llevando el caso. La forma de asistirle consiste en estar con ella únicamente, pues las terapeutas no tienen ingerencia legal para intervenir de forma verbal. Sin embargo, con la presencia de la terapeuta, familiares o amigas (os) significativos, la víctima adquiere mayor seguridad para enfrentar las diligencias. En el proceso de éstas, puede surgir una crisis, de forma que la profesional que acompaña a la ofendida, tendrá que practicar ahí mismo intervención en este sentido.

3.- Canalizar a la víctima a hospitales del sector salud con los cuales la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal tiene convenio, a fin de que le sean practicados exámenes médicos para: A) Descartar embarazo, B) Descartar enfermedades de transmisión sexual, C) Interrumpir el embarazo. Este último rubro es de mucha importancia, pues ha habido controversia en este sentido. Según el Código Penal, el aborto por violación es lícito, sin embargo, el tiempo que transcurre para determinar (Según el Juez), si el delito denunciado

fue violación o no, puede ser de, hasta 7 meses, lapso en donde ya no es posible intervenir para abortar porque se pone en peligro la vida de la mujer. De forma que, las directoras que han estado en el Centro De Terapia de Apoyo, han optado por revisar cuidadosamente el expediente, la averiguación previa de la mujer embarazada por violación, y han tenido entrevistas personales con ésta para, después, canalizarla al hospital donde se tiene convenio, a fin de interrumpir el embarazo de forma expedita. Estos casos son poco comunes, pues se sabe que, de 10 violaciones, solo en una se embaraza la mujer agredida.

4.- En los casos donde sabemos que un menor fue agredido por su padre sexual, física y/o psicológicamente, la madre por diversas razones no ha denunciado, y el padre ofensor sigue viviendo en el domicilio del menor, la psicoterapeuta tendrá que acudir en calidad de denunciante a dar parte de estos hechos ante el (la) representante del Ministerio Público, para que el Estado, a través de los albergues correspondientes se hagan cargo del menor, mientras se soluciona la situación legal del responsable.

5.- Básicamente la principal función de la psicoterapeuta es la de brindar atención psicológica para erradicar las secuelas presentadas a raíz de la violación. Para ello, primeramente, se hace un diagnóstico de la paciente. Salama (1996,p. 123), define el término DIAGNÓSTICO, como: "Discernir o discriminar el significado de lo que el paciente busca", es decir, detectar que significa el, ó, los síntomas que presenta, percibiendo y estableciendo contacto con esto. Para lograrlo, se pone especial interés en varios puntos:

- * La dimensión entre relación y retraimiento de la paciente, es decir, cuanto está dispuesta a experimentar. ¿Revela voluntad para colaborar?

- * Los HUECOS DE SU PERSONALIDAD. Es decir, las partes del SER que la paciente ya no experimenta, ó a las que niega expresión. Un "Hueco" evidente, se percibe cuando la paciente evade ciertos temas, cuando deja el aquí y el ahora, también cuando habla de algún aspecto de su ambiente que no desea experimentar.

- * Lo que impacta a la paciente, lo cual se descubre mediante: Postura corporal, apariencia, energía, forma en que habla (tono, velocidad, congruencia), sufrimiento, bloqueos, quejas, contenido del diálogo, afectos, repeticiones (en personas o dinámicas de relaciones), asociaciones (señales del afecto de la paciente), omisiones (de personas significativas o fases de su vida).

De forma secuencial, primero se realiza el anterior diagnóstico, y se continúa con el tratamiento propiamente dicho. Para saber si la intervención fue exitosa existe un procedimiento el cual será mostrada con más detalle en el siguiente apartado.

PROCEDIMIENTO DE ALTA

El presente apartado tiene una importancia fundamental para la validación del modelo terapéutico que se ha venido mostrando, pues muestra como se procede para averiguar si la intervención fue exitosa.

Para lo anterior se cuenta con varias herramientas señaladas a continuación:

a) A través del REPORTE DE SESIÓN.- Como se señaló en el capítulo correspondiente a El Modelo de Atención, al final de cada sesión terapéutica, se anota en este formato: 1) Número de la sesión, 2) Día de la sesión, 3) Cómo llegó la paciente, 4) Qué técnica se utilizó, y, 5) Que resultados se obtuvieron con la misma. Este formato constituye el SEGUIMIENTO DEL CASO, y en el mismo se anotan los avances que ha presentado la víctima.

b) Por medio del reporte verbal de la paciente.- Donde la usuaria señala que los síntomas se han estabilizado, es decir, ha presentado baja considerable de angustia, temor, culpa, stress y otros que haya presentado en un inicio.

c) Por medio de la observación de la psicoterapeuta con respecto de la víctima en sesión.- Notando cambios en actitudes, postura, tono de voz autoafirmativo, etc.

d) Otra herramienta de evaluación es provocar una REVIVENCIA DEL EVENTO cuando ya se han empleado las anteriores herramientas. Esto se logra mediante imaginaria y relajación. Se esperaría que, al final de ésta sesión la paciente mencionara ya no experimentar las reacciones fisiológicas y emocionales que experimentó cuando se revivió el evento al inicio del tratamiento. Esta es quizá, la herramienta más fiel para determinar el alta terapéutica.

A continuación se explica la dinámica del Alta. Cabe señalar que el cumplimiento de los objetivos terapéuticos no es la única razón para dar por concluido un caso, como se verá más adelante.

ALTA

En el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales, se ha creado un formato de CRITERIOS PARA RESOLUCION DE EXPEDIENTES. Este tiene como finalidad dar por cerrado un caso. Los criterios son los siguientes:

a) Alta Terapéutica.-

Cuando se han cubierto mas del 50% de los objetivos y la paciente abandona la terapia, ó, cuando la paciente menciona sentirse bien y ya no necesita el servicio. En este último caso se habla de que se han cubierto todos los objetivos. ¿Cómo se cubren los objetivos? Como ya se mencionó, en el apartado de EXPEDIENTE PSICOLOGICO, los objetivos son determinados con la paciente y la psicoterapeuta, con base en sus demandas de necesidades explícitas (Reducir tensión, temor a salir, angustia, inseguridad, parálisis laboral o escolar, curar su disfunción sexual, etc.). No obstante, en este análisis de objetivos, la psicoterapeuta, también detecta necesidades para recuperación, que comúnmente escapan al discurso de la víctima, por ser, en su mayor parte, reflejo de sus mecanismos de defensa, ó de conflictos anteriores al evento, los cuales detonan aspectos de negación, y resistencias al cambio. Por ejemplo, se incluirán aspectos de incremento de autoestima (Demanda conciente de la paciente), pero para lograr esto, tal vez la psicoterapeuta observe que ésta ha tendido a la sumisión, por medio de aprendizaje vicario con las figuras primarias de relación. En este caso, será trabajo terapéutico, interpretarles estos rasgos de su historia para lograr el DARSE CUENTA o insight y, promover que empiece por reconocer que su estima está condicionada por personas externas, que tome conciencia y, mediante sugerencias, decida que quiere hacer para confirmarse como mujer valiosa, sin depender de aprobación externa. Este es solo un ejemplo de entre muchos que se pueden citar, para explicar como se trabaja desde las demandas propias de la víctima y desde la experiencia de la psicoterapeuta. No hay que perder de vista que, cada mujer, historia, evento agresivo y forma de responder son diferentes y como tal se debe intervenir.

Cuando la paciente se DA CUENTA de sus estilos de relación nocivos, y demás aspectos personales que habían permanecido en el umbral de la inconciencia, empieza a "operar" con lo aprendido, y su estructura yoica se fortalece. Se observa en la experiencia del CTA que, cuando esto ocurre, ella sola provoca cambios benéficos y, aspectos como, inseguridad, devaluación, temor a relacionarse se decremantan. En discursos y sesiones

posteriores, la mujer sin que se le pregunte, va evaluando su tratamiento y narra qué ha pasado con sus aprendizajes, y, cómo, todo su entorno de vida ha mejorado. A veces, cuando se nota que la mujer es dependiente, y persiste esta tendencia, a pesar de haber desaparecido los síntomas con los que llegó, la psicoterapeuta acudirá a técnicas para romper con este vínculo, creando herramientas para asumir responsabilidades y, poco a poco vaya entendiendo que, el encuadre del servicio en el Centro de Terapia es breve. Entonces se le sugerirá que, si necesita trabajar más a fondo aspectos de su vida familiar o de pareja, acuda con el profesional correspondiente. En este caso, una vez que se le da de alta terapéutica, se anotará en el EXPEDIENTE PSICOLOGICO, que la paciente requiere seguir siendo intervenida, pero ya no, por el problema de violación, sino por otros particulares de su historia personal.

En general, los avances y éxito del tratamiento se van observando conforme transcurre este, la paciente los nota y la psicoterapeuta también. Este darse cuenta de la recuperación, se traduce en los aspectos que se señalaron con anterioridad. En evaluaciones finales, la víctima misma acepta que ya está recuperada. Algunas veces, deja de asistir a sus sesiones porque ya no lo necesita y cuando acude, se le señala esto para confirmar la hipótesis. Una vez confirmada, se le avisa el día en que será dada de alta, se le pide que escriba sus apreciaciones respecto de su tratamiento, de ella como sujeto de cambio, en qué le sirvió el tratamiento, como se va y que proyectos tiene. Todo esto para ser analizado en la última sesión.

La sesión de ALTA se ocupa para reunir los aprendizajes, hacer una última evaluación, reforzar autoestima, y motivar a continuar con el estilo de vida adquirido. Para ello, se emplea el espejo, a fin de que "se diga" lo que desee. Se ha observado que se agradecen por ser valientes, por haber tenido la fuerza para cambiar y superar su evento, se refuerzan y validan a sí mismas como mujeres dignas de respeto, amor y equidad. Algunas, se aplauden, otras se envían besos. Se les pide que cierren los ojos e imaginen que están frente a un gran auditorio de mujeres que les aplauden y reconocen su valor y coraje para enfrentar su agresión, y que en ese mismo lugar, la niña que eran, les entrega una medalla de oro que guardarán en el corazón para que les recuerde lo tanto que son y merecen. Además, mediante una técnica de despedida, se les pide que elijan "que se llevan y que dejan" respecto a las necesidades, aprendizajes y comportamientos nocivos.

Siempre agradecen el servicio y, se les deja abierta la posibilidad de que pueden regresar si tienen alguna recaída.

En la misma sesión se les pide que llenen un formato de EVALUACION DE LA ATENCION INDIVIDUAL (Este también es usado para Evaluación Familiar, o, de Pareja), el cual incluye:

- 1.- Datos personales
- 2.- Impresiones de la situación emocional con la que llegó a solicitar el servicio.
- 3.- Apreciación del servicio que le brindó su terapeuta.
- 4.- Obstáculos que observó en su recuperación.
- 5.- Lo adquirido, aprendido, descubierto que le ayudó a salir adelante del evento.
- 6.- Comentarios acerca del servicio global del Centro de Terapia de Apoyo y,
- 7.- Sugerencias.

Otras modalidades de Alta son:

b) Alta Personal.-

Cuando la paciente, por razones de horario, cambio de ciudad, u otras, menciona que no regresará al servicio, no importa cuántas sesiones haya tenido.

c) Canalización.-

Cuando la paciente por razones psiquiátricas no puede ser atendida bajo la modalidad y encuadre del CTA. En este caso se canaliza al psiquiátrico convenido.

d) Sin elementos para reconquista.-

Cuando, va a la Agencia a denunciar, y se le canaliza al CTA, pero no acude, este departamento envía citatorios, realiza visitas domiciliarias, y los datos no son ciertos. En este caso no hay forma de persuadirlas para ingresar al Centro de Terapia. También se resuelve el caso, cuando fue citada o visitada dos veces y no desea acudir.

e) Derivación.-

Cuando se deriva a la paciente a Terapia Grupal, de pareja o familiar y el caso y/o expediente ya no es responsabilidad de la psicoterapeuta con quien inició su tratamiento, sino de la o las personas que manejan el grupo al que ingresa.

CAPITULO 5. INTERVENCIÓN PROFESIONAL

CAPITULO 5. INTERVENCIÓN PROFESIONAL.

El siguiente capítulo se incluye , pues se pensó que, para la conformación de un REPORTE LABORAL como tal, era importante mostrar la experiencia propia adquirida y ejercida en el Centro de terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA), además del Modelo de Intervención Global con el que se trabaja en ese lugar y, que se mostró en el capítulo anterior. La forma de presentación del capítulo se dividirá en tres fases:

- 1.- Capacitación para la intervención. Fuentes bibliográficas, talleres, conferencias, discusiones internas, intercambio de casos etc. Es decir, todo lo que ha ayudado a ofrecer una atención especializada : adquisición de conocimiento y práctica.
- 2.- Experiencia individual en la práctica clínica. Incluyendo en esta, cantidad de casos de mujeres violadas atendidas por mes, tipo de agresores sexuales más frecuentes, características comunes de las mujeres violadas con las que se ha trabajado, forma de asesoría a las parejas de las pacientes, así como a sus familiares, forma de comunicación entre terapeuta y Área Legal del CTA, casos donde se han trabajado más de 12 sesiones y casos donde se ha requerido únicamente 8 o 9 sesiones y el acompañamiento extramuros realizado para apoyo psicológico de las víctimas en el ámbito legal.
- 3.- Experiencia grupal. En este se incluirá todo lo observado y aprendido en los grupos donde se ha participado: Grupo de Adolescentes, Padres, Mujeres y Niños de 4 años y de 5-8 años de edad.

Se terminará el capítulo analizando las carencias que se han observado en el CTA , como una forma de evaluación al Modelo presentado. Lo anterior dará sustento a las conclusiones y propuestas posteriores, las cuales son el término del presente Reporte Laboral.

5.1. CAPACITACIÓN .

Cuando se empezó a trabajar en la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, ya se tenía práctica en Entrevista y establecimiento de Rapport, cuestiones ejercitadas bajo la enseñanza constante del Dr. Héctor Ayala Velázquez con quien se realizó el servicio social. De forma posterior, la Directora del CTA, Dra. Gloria Cazorta ofreció una serie de documentos que abarcaban: Diarios Oficiales de la Federación relacionados con la creación de las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales y del CTA, manuales de atención internos para familiares de niños agredidos sexualmente, anuario de cifras estadísticas

relacionadas con las variables que se ven involucradas en los delitos sexuales, libros acerca de la prevención y tratamiento de la violación, del tratamiento a madres de hijos sobrevivientes de agresión sexual, de análisis feministas acerca de la violencia, y otros. En aquella época (1993) era esencial que todas las terapeutas que trabajaban en CTA tuvieran en el consultorio el libro de Karl Slaikeu "Intervención en crisis", pues lo contenido en éste fue, y sigue siendo de continua ayuda para la labor de intervención.

Compañeras del CTA, de las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales y de la Facultad de Psicología de la UNAM facilitaron gran parte de los documentos que fueron empleados de forma autodidacta. En Junio de 1995 la PGJDF emitió una convocatoria para participar en las Jornadas por los Derechos Humanos a los cuales se asistió. Posteriormente se tuvo la oportunidad de participar como auditorio en Congresos, Talleres y Conferencias, todos ellos relacionados con formas de analizar, prevenir y tratar la violencia. Por otro lado la Lic. Barbara Yllan Rondero, en 1997, organizo unas jornadas de capacitación interna, las cuales tuvieron una duración de siete meses y durante las cuales se abordaron temas como:

- Maltrato Familiar,
 - Consecuencias de la Violación (Ver Aretí, 1997),
 - Aspectos legales del delito de Violación y abuso sexual y sus agravantes,
 - Secuelas en niños abusados sexualmente por sus padres, y otras temáticas relacionadas.
- Como parte complementaria de cada sesión de capacitación, se proporcionaron documentos bibliográficos, los cuales fueron discutidos y analizados en sesiones posteriores, Dado que la nueva orientación en las estrategias de intervención eran gestálticas, La Fundación Humana creó un Diplomado en Terapia Gestalt el cual se tomo durante 10 meses, cada semana, siendo ofrecido por una maestra en la materia, discípula del Profesor Héctor Salama, fundador del Centro Gestalt de México y, discípulo a su vez de Fritz Perls creador de la Teoría Gestalt. Este diplomado ofreció una cantidad enorme de riqueza práctica, donde, sólo por nombrar algunas técnicas, se ejercito el entrenamiento en Proyección, Manejo de Sueños, Sensibilización y Silla vacía.

Como parte de la capacitación en Análisis Feminista, se ha tenido constante contacto con una de las mujeres que impulsaron las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales, La Sra. Esperanza Brito de Martí, fundadora y directora de la revista FEM, quien se ha interesado siempre por la situación del Centro de Terapia, y al cual le ha dado difusión. De esta forma,

los materiales de divulgación feminista no ha faltado en las mesas de discusión interna del área clínica del mismo Centro.

Se dió, por otro lado un seminario de psicoanálisis aplicado al trabajo con mujeres violadas. Este fue expuesto por dos mujeres quienes elaboraron su tesis de maestría con esta temática y cuyas aportaciones teóricas dieron riqueza al desempeño en la intervención.

Existe de forma permanente en un áreas de trabajo común, un pizarrón donde se anexan los cursos, talleres y congresos actuales que abarcan la violencia, sexualidad, ejercicio terapéutico, derechos humanos y otros relacionados con el trabajo; además de fotocopias de artículos o capítulos de libros o revistas con la misma orientación.

La Lic. Barbara Yllan, fue la primera directora del CTA, que exigió que todas las terapeutas estuvieran sometidas a su vez a terapia, a fin de ofrecer mas objetividad, disposición y motivación en el servicio, por ser este de difícil ejercicio dada la gravedad y daño que implica para la mujer y porque todas las terapeutas son también mujeres. Lo anterior se considera de vital importancia para complementar la capacitación, pues si la mujer que ofrece un servicio terapéutico no ha resuelto conflictos acerca de prejuicios, mitos y sexualidad propios, no podrá proporcionar la ayuda y el apoyo que la otra mujer violada necesita y solicita, a pesar de que haya sido capacitada con las mejores herramientas y conocimientos.

A partir del mes de septiembre de 1998 y hasta diciembre del mismo año se llevará al cabo un curso Didáctico-terapéutico, con la supervisión de un hombre cuya experiencia en Terapia Gestalt es de 10 años. El ha ejercido la tarea de capacitar a todas las psicoterapeutas que laboran en los centros que pertenecen a la Dirección General de Atención a las Víctimas del Delito de la PGJDF, a saber:

- El Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI)
- El Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA)
- El Centro de Atención a Víctimas de Delito Violento (ADEV)
- El Centro de Atención para Personas Extraviadas y/o Ausentes (CAPEA)
- El Centro de Investigación sobre Adicciones (ADEFAR).

El último centro en capacitar en el presente año, es , precisamente el CTA. Esta capacitación será una vez por semana, los jueves de 14:00 a 16:00 horas, y la asistencia es obligatoria.

5.2 EXPERIENCIA INDIVIDUAL EN LA PRACTICA CLÍNICA.

En el primer año y medio de servicio en la Institución de la PGJDF (1993-1995) se laboró en las 4 Agencias Especializadas en Delitos Sexuales (AEDS), la función que se desempeñó ahí fue básicamente de:

- Proporcionar Intervención de Primer Orden a las personas que llegaran a denunciar algún delito sexual. Esto con el fin de que redujeran angustia, catarizaran enojo y tristeza, lograran disminuir el impacto de la agresión, decrementar culpa y rescatar recursos sociales. Como la definición de esta ayuda lo menciona , solo se veía a la víctima una sola vez: el día de su denuncia. El tiempo de esta intervención era variable dependiendo del impacto emocional que presentara la persona agredida, el menor fue de 40 minutos y el mayor fue de 2 horas. Dicha intervención se realizaba en un cubículo privado. Los representantes del Ministerio Público y la Médica tenían la obligación de respetar el tiempo de intervención psicológica.
- Acompañar a la víctima a la mesa de denuncia frente a la representante del Ministerio Público a fin de servirle de apoyo en caso de que, iniciando la narración de los hechos entrara en crisis nuevamente.
- Acompañarla al consultorio médico y durante toda la exploración ginecológica, proctológica y/o de clasificación de lesiones, proporcionándole animo, respeto ante la exploración y empatía. Las dos anteriores funciones se llevaban al cabo únicamente si la víctima lo deseaba, pues antes de que fuera intervenida se le informaba que podía ser acompañada por la terapeuta y ella tomaba la decisión.
- Realizar El Informe Psicológico acerca de la víctima, el cual era anexado a su averiguación previa (Denuncia) , junto con el Informe forense de la médica.
- Canalizar a la persona al CTA a fin de que pudiera recibir una ayuda terapéutica continuada, hasta que se recuperara del evento agresivo.
- En caso de que la persona agredida no pudiera asistir a la AEDS, por las fuertes lesiones provocadas por la violación y estuviera en hospital, era obligación de la terapeuta acudir, junto con todo el equipo de profesionales a dicho hospital a proporcionarle la ayuda psicológica necesaria. Ahí mismo se le tomaba su declaración.

Cabe señalar que durante la labor desarrollada en las AEDS, se observó que la mayoría de las Abogadas que actualmente trabajan en dichos lugares aún continúan con una actitud sumamente cuestionadora y prejuiciosa con la víctima. De esta forma se

confirmó con tristeza durante todo el tiempo de servicio la existencia constante de la DOBLE VICTIMIZACION, a pesar de que las AEDS fueron creadas, precisamente para romper con los viejos esquemas de maltrato institucional.

Una vez incorporada a la labor de Segundo Orden (Intervención Continuada), en el CTA, se empezó a trabajar con todas las poblaciones (Mujeres, niños, adolescentes, hombres, padres y parejas). Es importante mencionar la cantidad de cada población, pues esto confirma que la población más vulnerable siguen siendo los niños, seguidos de las mujeres adultas, las adolescentes y , por último los hombre adultos sobrevivientes de violación:

- Niños (as) de entre 3 y 9 años 40%
- Mujeres 35%
- Adolescentes 20%
- Hombres 5%

Dado que este Reporte se refiere a las mujeres únicamente , se hablará a continuación de las características comunes de estas y de las actitudes y sentimientos más frecuentes observados. Cabe señalar que lo que a continuación se muestra son variables dentro de los límites de normalidad estadística.

Acuden mujeres adultas de entre 18 y 40 años, aunque ha habido casos de mujeres de 60 años, el nivel socioeconómico detectado es medio bajo, el más frecuente. El nivel de escolaridad fluctúa entre primaria y nivel técnico. El estado civil mas observado es solteras, unión libre y separadas. En cuanto a la religión un 95% pertenece a la católica.

En relación a los recursos sociales, en casi todos los casos, la familia está enterada de la violación (padres, pareja, hermanos, abuebs, tíos o primos (as)). Sin embargo, esta noticia origina en estas personas sentimientos de frustración, profunda impotencia, confusión, rabia y tristeza. Al tiempo de no saber como manejar la situación, pero sentirse ansiosos, recurren al cuestionamiento con la víctima, señalándola en muchos casos como la responsable de la violación.

- En primera entrevista, las mujeres que acuden al CTA, presentan un estado de indefensión, tristeza, culpa, miedo e inquietud, se ha observado una postura rígida, facie rígida también y una actitud de colaboración ante las preguntas realizadas. Se ha detectado también una sensación de ser ellas las provocadoras del evento, disculpándose y lamentándose por todo lo que quisieron hacer para evitar la violación. Así

mismo prevalece en ellas un esquema de mitos introyectados en función de la causa de la violación :

Ropa, lugar del ataque, hora del mismo, haber confiado demasiado en la persona con la que estaban, haber aceptado invitaciones, no haber cuestionado las intenciones de la persona que las agredió.

Básicamente ellas aprecian que el ataque se debió a "algo" que ellas hicieron o dejaron de hacer, quitándole con ello responsabilidad al agresor. El "Yo debí..." invade sus discursos internos durante muchos días después de la agresión, consolidando la culpa y creando una sensación constante de impotencia y angustia, pues, sienten que pudieron haber echo "algo" para no ser violadas. Los cuestionamientos de su familia o pareja mencionados anteriormente, originan más peso a la "bolsa de culpas" cargadas por ellas. Por otro lado, se ha observado una sensación de "impureza, suciedad y asco" dirigida a sus propios cuerpos. Esto, como lo señaló Kepner (1992), hace que a partir de la violación, las mujeres escindan su cuerpo y su emoción. De modo que, así como sienten repulsión por su cuerpo, también nieguen sus sentimientos, pues ambos les recuerdan el ataque y, precisamente lo que ellas quieren es "Olvidar la violación". Esto es algo, que se escucha en casi todas las mujeres violadas. De inmediato se les aclara que una violación no se olvida, pero que sí puede recordarse sin dolor, como un evento que les dará a ellas la oportunidad de realizar mejoras en su vida, de aprender a utilizar herramientas para valorarse, protegerse e independizarse de los mitos que las dañan. Lo anterior puede ser resumido en lo que comenta Viktor Frankl (Citado en Corsi, 1997, p. 78): " El modo de encontrarle SENTIDO a la violación se realiza por medio de la "Voluntad de Sentido", es decir, transformar una tragedia en triunfo, pasando, de la victimización a la culminación del vínculo violento".

Una tendencia que se observa con frecuencia, es el depósito de la responsabilidad de la curación en la terapeuta. Es decir, quieren recuperarse, pero no asumen la curación como responsabilidad propia, sino como resultado de la ya histórica falacia denominada "magia terapéutica". Para establecer un juicio de realidad en este sentido es necesario confrontar a fin de responsabilizarlas de su proceso de terapia, por lo menos en un 70%. Se ha visto que lo anterior las asusta, pues, dadas las características de género, se ha enseñado a las mujeres a hacerse responsables de los otros, pero no de ellas mismas, de pronto, no saben que hacer con esa responsabilidad, sin embargo, el hacer un contrato con ellas respecto de lo anterior fortalece su baja autoestima.

A fin de permitir aún más el cuestionamiento del mito : SOLO SE VIOLAN MUJERES BONITAS Y DE BUEN CUERPO, se ha observado que en la mayoría de los casos más bien se trata de mujeres corpulentas, algunas obesas, y cuya imagen corporal para ellas resulta desagradable, pues se consideran feas. Esto es en lo general, aunque se han presentado casos de mujeres delgadas y atractivas.

Por lo general, han llegado a solicitar el servicio del CTA, mujeres sin pareja o, con la cual ya tenían antecedentes de conflictos sin resolver. Las mujeres que han llegado con pareja estable han comentado que el evento agresivo ha imposibilitado a su pareja para comunicarse con ellas o entenderlas. En estos casos se recurre a una o varias sesiones con ambos para:

- Averiguar la apreciación de la pareja acerca de la violación.
- Sensibilizar a la pareja a fin de que pueda entender la dinámica de las secuelas esperadas o ya presentadas difíciles de manejar por ellos.
- Instarlo a que se someta a una intervención terapéutica a fin de que supere los miedos y sensaciones de rechazo a partir de la violación.
- Manejar algunos mitos de la violación , con el propósito de que pueda entender a la violación como un problema social, y no como algo provocado por la mujer.
- Reforzar sus deseos de ayuda y apoyo a su pareja, mencionándole que el hacerlo lo torna un ser humano más sensible y valioso.

Lo anterior fortalece el lazo de pareja y, crea, para la mujer agredida una sensación de mayor comprensión y empatía por parte de este.

Además de ofrecer este tipo de apoyo emocional a la pareja de la mujer violada, también se le brinda información a la familia de la misma a fin de que:

- Aclaren dudas con respecto a la violación como fenómeno social.
- Aprendan estrategias de Intervención en casa (No cometer el error de ser intrusivos, que le pregunten primero a la mujer si desea hablar del ataque, que no la obliguen a dejar la escuela, trabajo o cualquier otro ejercicio que ofrezca a la mujer la oportunidad de sentirse útil, tampoco que la obliguen a asistir a las anteriores actividades si ella no lo desea; que no la juzguen, no la culpen, no la cuestionen, pues ello es violento para el momento por el que atraviesa la mujer y, si ya sufrió un evento de violencia, lo menos que necesita es ser violentada de otras formas. etc.)
- Reforzar sus deseos de apoyar a su familiar agredida.

- Comunicarles empatía.
- Asegurarles que la asesoría psicológica la pueden solicitar cuando ellos lo requieran, siempre y cuando se relacione con el caso de la paciente.
- Hablarles de las secuelas presentadas y/o esperadas en la mujer, como algo predecible en la violación . Esto con el objetivo de reducirles angustia, pues por la forma de presentación de las mismas, la familia se empieza a comportar de forma ansiosa, sintiendo que no pueden hacer nada para manejarlas.

La cantidad de mujeres violadas recibidas por mes y, considerando los dos turnos de servicio (matutino y vespertino) es de, aproximadamente 50.

El caso que ha requerido de más sesiones durante la experiencia clínica, fue el de una mujer que aquí se le llamará Ana (44 años) a fin de conservar la confidencialidad, ella llegó sumamente llorosa, deprimida y con sentimientos profundos de culpa . La violación que sufrió fue a consecuencia de una venganza. Sucedió en una sola ocasión, por sujetos desconocidos dentro de una camioneta, solo uno de ellos la viola. La familia de Ana compuesta por tres hermanas y su madre, no se enteraron del ataque, pues Ana, no quiso "preocuparlas", en realidad, por el sentimiento de culpa, temía que ellas la satanizaran y rechazaran. Así, acudió a un amigo, quien la llevó al CTA. Los sentimientos y síntomas de Ana, fueron magnificados como resultado de una historia llena de mitos, prejuicios, intrusiones, manipulaciones y chantajes de la misma familia. Ella, criada en un ambiente de restricción moral generada por la religión (estudio en escuela de monjas) , introyectó solamente lo culpígeno de esta, habiendo hecho, incluso promesa de castidad ante Dios. De esta forma, nunca en sus 44 años tuvo relaciones sexuales, ni novios pues creía que **TODOS LOS HOMBRES SOLO QUERÍAN ACOSTARSE CON ELLA**. El que su primer encuentro sexual fuera violento consolidó en ella el sentimiento antiguo de "ser para otro" y de "servir a otro", como la religión se lo dictó, literalmente : "para servir a Dios". Ana, en sus primeras sesiones no encontraba solución a sus sentimientos de Impotencia , a pesar de emplear con ella las estrategias de intervención de calidez e intentar que catartizara enojo, únicamente lloraba abundantemente y visiblemente angustiada mencionaba "Ya no quiero seguir así". Durante 10 sesiones, Ana no quiso abrir la agresión sexual, pues cuando iniciaba con el relato caía en un estado de ansiedad intenso. A pesar de tener opciones de denunciar, hablar con su familia en un ambiente terapéutico con la promesa de contención, de abrir su experiencia, Ana se resistió siempre a ponerse en contacto con su enojo, pues solo concebía el

sentimiento de tristeza y de lamento continuo, sobre todo de minusvalía. Posteriormente Ana fue ingresada a Grupo de Mujeres, en el cual tampoco quiso abrir la agresión. ni darse permiso de canalizar enojo, tanto en postura como en actitud se retrajo durante las sesiones, a pesar de que en grupo se enfatizó que aquella mujer que no se diera el permiso de abrir su experiencia tenía pocas posibilidades de recuperación, pues el escuchar a sus compañeras no bastaba para cerrar un proceso terapéutico. Ana, decidió no abrir su agresión. Los datos de la violación se obtuvieron en la entrevista de admisión. Se platicó con ella posteriormente para asegurarle que todas las mujeres tienen un "tiempo" para abrir su experiencia y que probablemente el de ella no había llegado. Ana agradeció la comprensión y el servicio y quedó de "pensar" si regresaba al CTA o no. Asumió que no había querido abrir su experiencia y con ello, se responsabilizó, sin embargo, las 23 sesiones que tuvo no las aprovechó, dado que su condición de víctima reforzada en casa y en trabajo (También con monjas) le impidió romper con los esquemas de sumisión y merecimiento de violencia y maltrato.

El caso que requirió menos tiempo de intervención fue, el de una mujer que llamaremos Paty (22). Ella provenía de una familia donde la comunicación, el respeto y la unión entre los miembros era característica constante. Su violación sucedió en la calle, mientras esperaba la pesera, unos hombres se acercaron y con uso de una navaja la llevaron a una casa abandonada donde fue atacada por los dos. De inmediato llamó a su familia, quienes con ternura y empatía, la llevaron a denunciar, esperando con ella todos los trámites necesarios para integrar su averiguación previa. Posteriormente en casa, esperaron que ella quisiera hablar para escucharla, todos con respeto le comunicaron empatía y apoyo. Así decidieron acudir al CTA. En la entrevista de admisión, Paty, se mostró confiada, apoyada, querida, respetada (El trabajo de intervención en crisis había empezado en casa con las personas más significativas para ella), su pareja con el cual mantenía relaciones sexuales activas, la acompañó también y le aseguró en todo momento que ELLA NO ERA CULPABLE, y que iban a encontrar el modo de salir adelante juntos. Respeto los silencios de Paty, su irritabilidad, su negación de tener relaciones sexuales, sus cambios de ánimo y sus ambivalencias afectivas hacia él. Paty siempre asistió a sus sesiones acompañada por sus padres y , en ocasiones por su pareja, pues él por cuestiones de trabajo no podía hacerlo con constancia. Escucho sus preguntas de interés de estos hacia la terapeuta que siempre eran en relación a hacer "mejor las cosas para ayudarla". En su trabajo, Paty comentó

también la violación y su jefe se mostró con ella comprensivo otorgándole los "días que fueran necesarios" para sentirse mejor, mediante una constancia, Paty justificó sus inasistencias y no perdió su sueldo. Algo que resultó de suma importancia, fue que Paty, nunca negó su enojo. Este sentimiento preponderó por sobre los demás, pues a ella le quedaba claro que "su accidente" fue obra de unos desgraciados que merecían la cárcel. Durante las sesiones de catarsis, Paty se permitió golpear, hablar y maldecir hasta que se cansaba. No se observó depresión, pues el enojo lo virtió hacia quienes eran los verdaderos responsables. La catarsis, la fortaleció y la sesión de mitos le aclaró cosas que aún quedaban confusas para ella. Paty siempre apreció su violación no como algo personal, sino como resultado de un fenómeno social y tristemente constante. En la sesión de un viaje imaginario donde se manejó proyección mediante un ROSAL, Paty mencionó: "SOY BONITA, TENGO UNA PARTE EN MI TALLO QUE ESTA HERIDA, PERO TAMBIÉN TENGO ESPINAS, Y UNAS RAÍCES MUY PROFUNDAS, SOY ROJA Y GRANDE, MIS HOJAS SON BELLAS, GRANDES Y VERDES, A MI LADO HAY ROSALES MUY HERMOSOS QUE ME ACOMPAÑAN, Y ME CUIDAN, LOS VIENTOS ME MUEVEN, EL SOL ME ACARICIA, A VECES HAY NIEVE Y ME PONGO BLANCA, ME DA FRÍO, PERO SE QUE VENDRÁ EL OTOÑO Y ME PONDRÉ BONITA OTRA VEZ". Paty salió del CTA a las 9 sesiones de haber entrado. Escribió una carta de agradecimiento al CTA que no es posible anexar en este trabajo, pero donde enfatizó que lo importante de su estancia en el Centro fue darse cuenta de que tiene muchas herramientas para defenderse y que su valor como mujer no bajo, sino que creció porque fue valiente desde que denunció, hasta que terminó con su terapia. Cabe señalar que los agresores, a pesar de haber sido desconocidos, fueron detenidos e identificados por Paty, quien, siempre activa, enfrentó el careo con ellos hasta lograr que los sentenciaran. Ello fue festejado en casa de Paty con las personas que siempre la apoyaron. Ahora Paty se encuentra en otro tipo de terapia, pues se dio cuenta de que, la que llevó en el CTA la hizo crecer y deseaba seguirse conociendo. Como se observa, Paty nunca le dio permiso al miedo, a la culpa, y a los mitos de minarle su recuperación. Además de que resulta muy importante señalar que sus recursos sociales fueron -como bien lo menciona Skaikeu (1992)-, fundamentales para la primera intervención en crisis. Paty siempre, desde niña se supo valiosa e importante, con capacidad para exigir respeto. Pues esto fue amorosamente enseñado por sus padres.

En los dos casos resaltan los siguientes aspectos para predecir una recuperación exitosa:

- Apoyo inmediato y respetuoso de la familia,
- Rechazo de mitos y prejuicios,
- Antecedentes de ejercicio sexual pleno y responsable,
- Denuncia como parte de la defensa que ellas sí pueden hacer,
- Comprensión de la pareja,
- Permiso para enojarse y maldecir al (los) agresor (es),
- Capacidad de autoescucha y asertividad.

En relación a las características más comunes de los agresores, se pueden mencionar:

- Nivel bajo socioeconómico y cultural,
- Solo en pocos casos (20%) la violación estuvo relacionado con drogas o alcohol,
- Uso de verbalizaciones violentas, controladoras, misóginas durante la violación: "¡Cállate!, ¡Desvístete!, ¡Si gritas te lleva la Chingada!, ¡Dime que te gusta!, ¡Eres una pinche puta!",
- La violación era el único delito, a pesar de que en pocos casos aprovechaban para robar,
- Empleo de armas (navajas, pistolas, desarmadores, palos, etc.) en casi todos los casos a fin de lograr mayor control con la víctima,
- Uso de violencia física en casi todos los casos (Cachetadas, puñetazos, jalones de pelo)
- En casi ningún caso la ropa de las mujeres fue desgarrada,
- Según las verbalizaciones de las pacientes, en muchos casos el agresor no podía penetrarlas por "nervios de ellos",
- En los casos de violaciones intrafamiliares, el esposo reaccionaba con cordialidad en el ámbito público y con violencia física, psicológica y sexual en el ámbito privado.
- Los esposos violadores, provenían de familias desintegradas, donde nunca existió la comunicación y el respeto hacia la mujer. En estos mismos casos, las mujeres observaban dos conductas paradójicas: la suma ternura, o la intensa violencia pasando de una a otra con frecuencia.

Lo anterior, confirma que la violación satisface deseos de dominación, castigo para la mujer y misoginia.

La comunicación de las terapeutas con el Area Jurídica del CTA para fortalecer el proceso legal de la paciente es muy importante, pues ellas son las que asesoran a ambas a

fin de que las diligencias judiciales beneficien a la usuaria, las abogadas comentan que se debe decir y que no, como comportarse en las mismas para que la conducta no sea interpretada como "cómplice" con las pacientes. Se ha cuidado que las abogadas reciban entrenamiento de sensibilización con el objetivo de evitar la doble victimización, tantas veces sufrida por las víctimas en los espacios institucionales. Cuando las abogadas revisan el expediente de la paciente y observan que alguna diligencia se acerca, avisan a la terapeuta para arreglar una sesión de preparación para dicho evento, el cual se aboca al fortalecimiento yoico y a hablar acerca del lugar a donde irán, pues al ellas conocer el espacio físico del juzgado, quienes estarán presentes y que le pueden preguntar, la ansiedad se reduce considerablemente. Las abogadas también están al pendiente del proceso legal de las usuarias, acuden a la Dirección General de Investigación de los Delitos Sexuales, y preguntan directamente a las (los) abogadas (os) de dicha Dirección acerca del caso que interesa. Se ha observado que, cuando la terapeuta necesita asistir a algún reclusorio, es acompañada por una abogada de la barra del CTA, para ser asesorada en todo momento, a pesar de que ellas no tienen injerencia para intervenir de forma verbal en las diligencias.

En la experiencia se ha acudido a los tres Reclusorios Preventivos del Distrito Federal: Norte, Sur y. Oriente. En total, a la fecha se ha asistido a 20 solicitudes. También se ha acudido al Tribunal Superior de Justicia en tres ocasiones. Durante la estancia en las diligencias se ha sentido un ambiente tenso y poco empático con las víctimas, dándose la impresión de que, en lugar de desear ayudar a la misma, apoyan a los agresores, empleando como bandera, el respeto hacia las recomendaciones de La Comisión de los Derechos Humanos, que parecen haber sido creados para beneficio de los victimarios.

5.3. EXPERIENCIA GRUPAL EN LA PRACTICA CLÍNICA.

En la práctica terapéutica grupal se ha trabajado con diversos grupos, por orden de experiencia:

- Padres
- Niños de entre 5 y 8 años,
- Adolescentes y
- Mujeres.

A la fecha, se ha trabajado en: dos grupos de padres, tres grupos de niños (5-8 y, 4 años), un grupo de adolescentes y tres grupos de mujeres. Lo observado en dichos grupos se mostrará por tipo de grupo a continuación:

GRUPO DE PADRES

A pesar de que este grupo se denomina PADRES, la realidad es que solo en contados casos asisten los padres de las víctimas, pues son las madres de estas (os) las que desde el principio del proceso grupal se comprometen con el mismo y con constancia y puntualidad acuden a recibir el servicio. Esto se debe a varios factores:

- Horarios de trabajo,
- Madres solteras, divorciadas o separadas,
- Falta de interés en el grupo pues los padres creen que la asistencia es responsabilidad de la esposa o pareja únicamente,
- Deserción ya estando en grupo a las dos sesiones de haber entrado ya que, además de ser un grupo de información, este es un grupo donde se aborda la importancia y necesidad de que los padres se responsabilicen de brindar apoyo, respeto y cordialidad a los hijos. Dado que se tocan aspectos como violencia intrafamiliar en sus niveles más sutiles, hasta los más dañinos, los padres se ven reflejados en sus estilos de relación y prefieren negar esto.
- Dificultad de convivir grupalmente entre mujeres. Lo anterior se debe a que durante la sesión de **SOCIALIZACIÓN DEL EVENTO** (Abrir la agresión de su hija (o)), el padre que escucha las narraciones de los ataques sexuales, observa que en general se trata de hombres agresores. Lo que a continuación se anota son palabras textuales de un padre que convivió tres sesiones con 11 madres de familia, a parte de su esposa y dejó el grupo, lo refirió al final del mismo cuando acudió al cierre grupal:
 - * Me dio miedo seguir viniendo, yo escuchaba a las mamás hablar de los padres, o padrastros agresores de sus hijos, y temí que ellas vieran reflejado en mí a esa persona, las veía con tanto dolor y tanto coraje al hablar que me sentí fuera de lugar, como si yo fuera culpable de lo que les había pasado solamente por ser hombre, me agobiaba tener que participar en las dinámicas sabiendo que tal vez, las demás madres me veían también a mí con coraje. Por otro lado, sentía que el grupo estaba diseñado para las madres y que yo era como una especie de intruso que no las dejaba expresarse como ellas hubieran querido”.

Este padre fue retroalimentado por las madres del grupo, primero con felicitaciones de todas por su honestidad, le hablaron muy sensibilizadas acerca de la necesidad que tenían ellas de contar con la presencia de su pareja, le reforzaron su valentía al, por lo menos intentar aprender cosas de él como hombre y como padre, y lamentaron no haber compartido con él todo el proceso de grupo. Este padre se vio fortalecido por las madres y, se hizo la promesa de, primero preguntar antes de hacer juicios o sabotearse espacios tan importantes como un grupo de apoyo.

En general, las madres presentan en el grupo:

- Deseos de que la terapeuta "arregle" la problemática, depositando la responsabilidad en esta.
- Una carga de culpa intensa, pues el hecho de que sus hijas (os) hayan sido agredidos habla definitivamente de que ellas "fallaron como madres" pues se supone que la madre "debe" proteger incondicionalmente a los (las) hijos (as).
- Rabia intensa hacia el agresor, la cual reprimen pues les preocupa mucho que su hija (o) víctima pueda verlas tristes o exaltadas. Esto lo traducen como dañino para sus hijos, de forma que se contienen, pero al contenerse la rabia la vierten contra sí mismas provocándose somatizaciones específicas: dermatitis, cefaleas constantes, colitis, gastritis, etc.
- Impotencia al no poder darles a los menores lo que necesitan, pues no saben, en primera instancia por qué reaccionan como lo hacen después de la agresión.
- Si el caso de su hijo (a) está dentro de un proceso legal, simultáneamente con el psicológico, presentan más angustia pues, por el enojo intenso presentado, muestran urgencia de que el victimario sea detenido y esto, por la naturaleza de los procesos legales, se lleva más tiempo que el que las madres desearían.
- Devaluación.

Lo más importante de la experiencia grupal con padres, ha sido observar el gran compromiso de las madres por apoyar a sus hijos agredidos. Los grupos de PADRES son los que se saturan de inmediato. Por otro lado las madres descubren dentro del grupo que, para que sus hijos se recuperen más rápido, ellas tienen que estar bien consigo mismas, y, en vez de culparse, movilizar energía para salir adelante juntos. Hay que recordar que la familia de una persona sexualmente atacada, es víctima secundaria.

GRUPO DE NIÑOS

En la experiencia, este tipo de grupos han sido muy motivantes. Los niños, ya habiendo recibido terapia individual, han aprendido que ellos tienen derechos y que, dentro de estos pueden hablar acerca de lo que les molesta, que no importa que estén pequeños, pueden establecer límites con sus padres y exigir respeto a sus decisiones, opiniones y formas de hacer sus cosas. Ha sido especialmente gratificante observar, en la sesión de enojo hacia el agresor que, proporcionándoles libertad para enojarse ellos se liberan del mito de "los (las) niños (as) buenos (as) son bien portados, no se enojan y no lloran". En sus ojos se observa sorpresa y se enojan con tanto ímpetu que se fortalecen y, pueden crear mejor, socializar más, ya no tener la necesidad de agredir a los compañeros, a la madre, a los abuelos, porque se han dado cuenta de que, en realidad están enojados con esa persona "grosera" que los (las) lastimó, que no respetó su cuerpo, que traccionó su confianza, que, además tienen todo el derecho de enojarse, porque el enojo, la tristeza y la alegría, son sentimientos humanos, ni buenos, ni malos, solo sentimientos que ellos pueden expresar, sin recibir en el grupo castigos, indiferencia o regaños por hacerlos, sino por el contrario, encuentran que esas expresiones son fortalecidas porque son, parte de su existencia.

Curiosamente, aquellos niños que llegan al grupo con la etiqueta familiar de "desobedientes", "rebeldes", "irrespetuosos" o "poco sociables", en el grupo, se comportan de otra forma. La sesión donde ellos (as) socializan el evento (hablan de él) es espectacular, se va observando una especie de "efecto dominó", cuando una niña o niño, habla de su experiencia, los demás se sienten acompañados, identificados y se van animando a abrir su agresión. En muchas ocasiones se ha observado que, aquellas (os) que en terapia individual no quisieron hablar de su ataque, y encuentran que hay otras (os) niñas (os) en la misma situación, se perciben entendidos, ya no sólo por la terapeuta, sino por otras (os) niñas (os) con los cuales pueden encontrar formas para sobrevivir a "eso feo" que les pasó.

Cómo se observó en las anteriores cifras, la población de niños es la más frecuentemente agredida sexualmente. En un 90% hay narración abierta por parte de los (las) menores acerca del ataque, identificando a un agresor. Con esto es más fácil trabajar, porque ya hay alguien y algo con que intervenir. Sin embargo, hay casos donde las madres llevan a las (los) menores a valoración, pues solamente existe la sospecha de que fueron sexualmente agredidos. En este caso, y, desde la ficha de ingreso, se pueden observar

indicadores de una agresión sexual o de síntomas de angustia debidos a otros factores, como separación de los padres, cambio de escuela, entrada a otro nivel escolar, y otros. Esto, con frecuencia, las madres lo confunden con agresiones sexuales. Por otro lado, es importante mencionar que, cuando las madres o la demás familia de los niños (as) descubren que esta (e) se está masturbando, sufren un impacto emocional intenso, no pueden concebir que haya masturbación infantil y que esta es resultado de una exploración corporal, normal y además sana, parte de su desarrollo psicosexual. De inmediato recurren a pensamientos de abuso sexual y de esta forma llegan al CTA. Esto se ha visto con frecuencia, y únicamente se les explica a las madres lo anterior, reforzando la información con datos de sexualidad infantil, y, recomendándoles que lean acerca del tema a fin de que estén enteradas de conductas infantiles normales, pero estigmatizadas de mitos que pueden minar esa etapa de desarrollo de su hija (o).

En general, los niños (as) de grupo, encuentran un espacio de libertad, expresión, respeto, y comunicación. Se establecen entre ellos (as) lazos muy profundos de amistad y solidaridad y, cuando se les avisa que terminara el grupo (dos o tres sesiones antes), no desean abandonar el grupo. Se ha propuesto a las autoridades del CTA, que las dos últimas sesiones, las madres, puedan observar las estrategias de rapport con que se trabajan, a fin de que durante un tiempo (el que ellas elijan o la (el) menor pida), y, en las horas que estaban en grupo, ellas puedan jugar con ellas (os), para, primero aprender como tratar a su hija (o) y, segundo, que reconozcan la importancia de ser ellas también "niñas" y compartir con los (las) pequeños (as), espacios de juego, respeto y esparcimiento. Esto no ha sido aún resuelto por la supervisora del área clínica.

Cuando el grupo termina se confirma que:

- Los (las) niños (as) son muy inteligentes ,
- Es erróneo pensar que, por ser niños (as) no escuchan, no sienten, no están capacitados (as) para opinar,
- Merecen un profundo respeto,
- Es inadecuado etiquetarlos, pues esas etiquetas las introyectan como ciertas, y empiezan a comportarse como lo dicen los demás y no, como ellos quieren, en realidad ser.
- Son más sensibles y perceptivos de lo que generalmente se cree.

Se considera que el elemento más valioso que ha proporcionado el grupo de niños (as) es un mayor respeto ante las necesidades , emociones, opiniones y demandas de estos.

Cuando todos juntos se toman de las manos y gritan :“¡No, no me vas a volver a lastimar, no te tengo miedo, soy única (o) , soy muy importante!” se crea un ambiente hermoso de valía infantil y ello confirma que tanto los (las) pequeños (as), como los (las) adultos (as) tienen la capacidad para reconocerse, que solo hace falta, que los demás los (las) respeten para que este reconocimiento y validación como personas lo incorporen a su vida.

GRUPO DE ADOLESCENTES

Como en cada grupo, en este también se han observado situaciones especiales y características comunes. Es necesario aclarar que en un inicio los grupos eran mixtos, pero, al observar que la presencia de dos o tres hombres intimidaba a las adolescentes, se prefirió dejarlos con mujeres únicamente, pues es el número mayor de pacientes.

En la experiencia con el único grupo que se ha tenido se observó que todas ellas, se mostraron muy reticentes a integrarse en el grupo, a expresar sus sentimientos, opiniones, sugerencias. En una actitud pasiva acudían al CTA, desganadas y con mucho temor. Se habló con ellas reencuadrando los objetivos del grupo, y se confrontó su deseo de recuperación con la incongruencia de su comportamiento ante el mismo. Las adolescentes manifestaron las siguientes limitaciones en el grupo:

- Un miedo intenso hacia la crítica de la otra,
- Un temor de no ser comprendidas por las demás compañeras,
- El temor de ser ridiculizadas por las otras,
- El temor de no decir lo que las terapeutas quisieran escuchar,
- El miedo de decidir,
- El miedo de comprometerse,
- La incapacidad de expresar tristeza o enojo, introyectada en casa,
- El miedo de expresarse, pues esto lo traducían como “exponerse a ser lastimadas” porque las demás ya conocían sus “puntos débiles”.

- La rebeldía de participar en un grupo donde no habían pedido entrar (las madres en algunos casos obligaron a asistir).

Lo último es bastante común en el trabajo con adolescentes. Las madres, en un intento por rescatar a sus hijas, las llevan al CTA, sin considerar sus necesidades o "momentos", las obligan a entrar a terapia individual y después grupal. Se recuerdan varios casos de adolescentes agredidas por los padrastros en los cuales, la madre inconscientemente culpa a la hija por "haber destruido su relación", y se comportan sumamente intrusivas y manipuladoras con ellas, se enojan con la hija pues la ven como una rival a la que prefirió su pareja, esto, por supuesto no lo aceptan o apenas lo pueden ver, y, cuando en grupo de PADRES se les sugiere, lo rechazan enfáticamente.

Para contrarrestar la anterior resistencia de las adolescentes, se les habla con su propio lenguaje, se les menciona reiteradamente que todo lo que ellas digan es sumamente confidencial, que las terapeutas no son personas que comuniquen lo que ellas narren a sus madres, pues el proceso de terapia es de ellas y nadie más. El observar el trato respetuoso de las terapeutas les reduce la angustia de estar sentadas en el "banco de las acusadas" y, pueden ser más libres en sus expresiones verbales y corporales. Una vez superada la etapa de resistencia, las adolescentes se sienten en un espacio de seguridad y comunicación especial, donde se les refuerza, no se les castiga o señala.

Al igual que en grupo de niños, se ha visto que para que el grupo de adolescentes tenga más éxito es necesario movilizirlas durante cada sesión con dinámicas especiales y constantes a fin de que pierdan miedo y ansiedad y el cuerpo les dé la posibilidad de canalizar enojo, frustración o impotencia. Pues se ha visto que el enojo es preponderante en los síntomas de esta población.

Otra característica observada en grupos propios y trabajados por otras terapeutas con adolescentes es la suma solidaridad consolidada al final del grupo entre ellas, piden sus teléfonos y se comunican con frecuencia, reuniéndose cada mes a fin de continuar con los lazos de ayuda y amistad originados en su grupo. Muchas de ellas comentan con orgullo, al final del grupo que "A nadie, ni a su mejor amiga le habrían confiado lo que hablaron en el grupo y que eso les otorga a las demás compañeras grupales una calidad superior de amigas".

GRUPO DE MUJERES

Este segmento es el más especial de todos, por dos razones: Porque es parte central del presente trabajo y, porque es con los grupos de mujeres donde se ha obtenido más gratificación profesional y personal.

En el primer grupo se trabajó sola, no hubo apoyo de otra terapeuta. Sin embargo, ya con los objetivos planteados de forma específica por sesión, con las técnicas aprendidas y practicadas en otros espacios y, con enormes ganas y pasión de trabajar con ellas se llevó a cabo una de las experiencias más hermosas vividas hasta la fecha. Se observó a mujeres valientes, sumidas, sí, en tristezas, grandes rabias e intensas preocupaciones y miedos, pero dispuestas. Cada una alzó su voz para denunciar grupalmente el ataque de que fueron objeto, mirando en las otras compasión, respeto, solidaridad, también coraje por verse reflejadas, se observó empatía, deseos de consolar, fuertes ganas de quitarles a sus compañeras la venda de los mitos, la piedra de las culpas sobre la espalda, de restarles a las demás tristeza. El grupo de mujeres se llenaba de dolor cada vez que había sesión, las historias se compartían, los ojos lloraban, y las experiencias se regalaban como pan para mitigar la sensación de pérdida de la otra.

Pero también hubo sesiones de intensa alegría, de motivación, de darse permiso de levantarse y gritar, maldecir, odiar, abrazarse por ser tan valiosas. Esas, las sesiones de recuperación de confianza, de fe, de amor a la vida, a sí mismas, matizaban el espacio llenándolo de esperanza. Esas mujeres, descubriendo en cada sesión sus capacidades, dándole amor a su "Niña interior", prometiéndole escucharla, amarla, respetarla, sorprendiéndose con el surgimiento de la mujer luchadora, guerrera, capaz de hacer valer sus derechos, capaz de establecer límites con todas aquellas personas que han intentado someterlas, escuchando su voz, salida desde la entraña llena de odio a su agresor, a sus familiares que la culparon, a su pareja que las rechaza y la estigmatiza, a la consigna patriarcal que las ha invalidado por siglos, a la violencia en todas sus manifestaciones. Fuertes al darse permiso de enojarse en un espacio seguro, de derrumbarse en llanto, de reconocer que si ellas no se aman con legitimidad, no tendrán la capacidad para amar a los otros, ni de darse lo que necesitan y merecen.

Verlas aprendiendo a caminar, mirar y relacionarse con seguridad, llevando el estandarte del valor personal dibujado en oro frente a ellas. Ese espectáculo de mirirlas

llegar al grupo más hermosas, más arregladas, permitiéndose vestir sus minifaldas, la ropa "estigmatizada" porque ya saben que la violación no tiene nada que ver con la ropa, ha sido profundamente grato.

Escuchar que empiezan a hablar con "Yo quiero..." en vez de "Yo debo, o yo tengo...", oír que se enfrentaron a su agresor en los juzgados, levantándose de su silla para gritarle, pese a todo, que él fue quien las agredió, que no se vale, que no sea mentiroso, que es un maldito, que no van a volver a permitir agresiones. Lo anterior, considerado como el pago al trabajo realizado, todos los cambios, son el salario, justo en su dimensión y recibido con satisfacción.

La retroalimentación observada en ellas, que se dicen en que ven cambiadas a las demás, que las felicitan, que las instan a ya no actuar como niñas, sino que saquen a la mujer valiente que tienen dentro, que se paran en medio de la sesión para abrazarlas cuando empiezan a llorar, que les aplauden cuando platican que ya pusieron límites en su casa, que ya están saliendo con un hombre valioso y respetuoso, porque ya rompieron el mito de que "Todos los hombres son malos", que tienen deseos de hacer ejercicio, que ya pueden salir a la calle seguras, que ya empezaron a reconocer y amar su cuerpo tocándolo y queriéndolo. Ver abrir sus ojos cada vez que las refuerzan, verlas orgullosas de sus esfuerzos. Verlas sonreír como un indicador de recuperación y reconocimiento personal. Todo esto llenado la cesta de la experiencia y la admiración hacia la mujer, que se ha confirmado con cada sesión.

Ha sido enriquecedor mirarlas cuando se despiden del grupo llevando a este, cartas de agradecimiento, regalos a todas, comida para compartir, globos, disposición, amor, compromiso de seguir creciendo, nuevos planes constructivos, sonrisas, brazos listos para entregar promesas y coraje al dejar en el CTA, escrito en hojas pequeñas: MIEDO, INSEGURIDAD, BAJA AUTOESTIMA, TEMOR A LA SEXUALIDAD, MITOS. Cada hoja la tiran al basurero después de haberla leído: "Yo dejo mi miedo, porque no me sirve, dejo mi dolor y mi poco valor, dejo mi experiencia", Y aquellas, las hojas pequeñas con las cosas que merecen, que sí les sirven, que se guardan en la ropa después de leerlas con satisfacción: "Yo me llevo del grupo, mucho amor de mis compañeras, el apoyo de mi terapeuta, amor a mi misma, permiso de disfrutar mi cuerpo, valor para enfrentar los miedos, seguridad, planes de crecer...".

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Para trabajar con mujeres violadas hace falta, más que un Manual de Técnicas , un gran amor por el género, un profundo respeto hacia ellas, una inmensa indignación hacia toda forma de violencia contra la mujer, el deseo infatigable de que recuperen amor, confianza, y seguridad, el convencimiento total de que cada mujer tiene su estilo de expresión, su tiempo de abrir cosas dolorosas, su historia particular y sus objetivos, también particulares. Para sentarse frente a ellas y pretender ayudar en su recuperación, es menester ser solidaria, amiga, sensible y tolerante. Tener claro que las necesidades de la terapeuta en relación al avance del grupo quizá no sean las mismas que las de las mujeres con las cuales se va a trabajar. El respeto a la dignidad de la mujer y el compromiso ante el trabajo son esenciales para lograr los efectos esperados.

Cada historia ha dejado un compartimiento lleno de sabiduría femenina y de amor a la vida. Y cada logro una reiteración de que , cuando se hacen las cosas con amor , pasión y respeto, se cumple la Ley de la que habla Deepak Chopra (1995) : La ley del mínimo esfuerzo: con el mínimo de energía se pueden conseguir grandes logros, si se cree en lo que se hace.

5.4. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN AL MODELO TERAPÉUTICO DEL CENTRO DE TERAPIA DE APOYO A VÍCTIMAS DE DELITOS SEXUALES

Una vez revisado el modelo de atención global mostrado, se hace necesario hacer un análisis de las carencias que presenta, a fin de proponer innovaciones al mismo, y, de aprovechar tanto a la población con la que se trabaja, como a las profesionales involucradas en el trabajo terapéutico.

En primera instancia, el CTA no cuenta con un Área de Investigación propiamente dicha. La que opera con dicho nombre no realiza investigaciones, sólo se aboca a reunir los casos relevantes que llegan al Centro y, está constituida por dos personas únicamente. Se considera que, si se tiene una población tan rica en variables relacionadas con el Delito Sexual en el Distrito Federal es un desperdicio no emplearla para mostrar el comportamiento de la violación y el abuso sexual, específicamente en el área metropolitana.

Por otro lado, a ninguna persona que ingresa al CTA se le realiza una Batería de Pruebas. Lo cual es lamentable, pues ello proporcionaría datos particulares de cada

paciente en relación a su estado emocional. Kort (1994) menciona que para contar con datos específicos y ricos en información con las víctimas de violación es necesario aplicar por lo menos las siguientes pruebas:

- Ansiedad-rasgo
- Depresión
- Autoconcepto
- Enojo y,
- MMPI.

Nunca, desde que se creó el CTA, se han incluido las pruebas para contar con datos precisos de cada paciente. Sería enriquecedor para el trabajo terapéutico realizar un pretest y un postest con cada víctima a fin de averiguar en que medida se modificó su estado. Ello también sería un recurso para validar la intervención psicológica.

En relación a lo anterior, tampoco se cuenta con un instrumento de Evaluación que muestre la eficacia de las intervenciones. A las terapeutas no se les evalúa, lo cual se considera grave, pues es menester saber en que medida las profesionales están realizando adecuadamente su trabajo.

No existe un procedimiento de Seguimiento de Casos. Esto podría degenerar en un perjuicio para el CTA, pues se han visto casos de mujeres y niños que tienen recaídas y solicitan nuevamente su ingreso, lo cual provoca que las profesionales no se aboquen exclusivamente a las mujeres o demás pacientes de recién ingreso, sino a las (los) otras (os) que no fueron dadas (os) de alta en las mejores condiciones de recuperación. De esta forma, las agendas de citas se ven más saturadas de lo normal y, no se atiende con la frecuencia que ameritan los casos, sino con dos o tres semanas entre sesión y sesión.

Por otro lado, contar con un área de seguimiento también sería una forma de Investigación, al reportar cada mes o seis meses, el comportamiento de las personas que ya fueron dadas de alta, y de, evaluación al trabajo de la terapeuta que trabajo con dicho caso.

De esta manera, se observa que existen carencias importantes y que, son necesarias de verse y ser tomadas en consideración para futuras intervenciones, si se quiere que la labor del CTA no sólo muestre qué, cómo y con quién se está haciendo el trabajo, sino, que calidad de servicio se proporciona.

En relación a la Evaluación de la Intervención y, al Seguimiento de casos, se propone la creación de un instrumento y de un área de seguimiento de casos en la parte de PROPUESTAS de este Reporte Laboral.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

CONCLUSIONES

Para lograr la integración de este apartado, se buscó un criterio de organización, el cual se concluyó, será por tema, debido a que se quiere mostrar lo concluyente desde lo más individual a lo más general, es decir, de lo individual a lo social.

LA VIOLACIÓN VISTA COMO UN FENÓMENO SOCIAL DE CAUSAS MULTIFACTORIALES.

La violación es, un acto criminal donde se busca, desde su ideación para ejecutarla, la degradación, y el deseo de coartar la libertad sexual de la mujer.

Las posturas revisadas coadyuvan en la clarificación de dos de los mitos más frecuentes cuando se trata de violación: que la mujer provoca el hecho, y, que, el violador es un "enfermo mental", cuya motivación para agredir obedece a una patología.

A pesar de que en el primer capítulo se habló acerca de algunos perfiles de violadores, cada agresor es y se comporta diferente. Un ejecutivo de renombre puede ser violador, al igual que un hombre sin instrucción básica, y,, a pesar de que parece ser una constante que el fin último es humillar y controlar la sexualidad, aún no se cuenta con datos que digan con certeza, por qué un hombre viola. Se observó que no es por "naturaleza", que esta conducta se acerca más a una cuestión de dominación y poderío masculino, y, que los géneros sexuales con su caracteriología histórica tienen mucho que ver con esta relación de desigualdad. Pero, ¿Es cierto que la violación únicamente se debe a factores culturales, de aprendizaje social? o ¿ Es una amalgama de motivaciones las que generan tal crimen ? Se considera que ,si, que así como existen varios tipos de violadores, existen diferentes motivaciones para ejecutar la violación, por sadismo, por oportunidad, por ejercer poder, por un fuerte resentimiento hacia la figura femenina, por una baja autoestima y otros, que fueron mencionados en el capítulo correspondiente.

Tanto la perspectiva psicológica, histórica y feminista, definen el comportamiento de la mujer en general, como pasivo, sumiso y tendiente al sometimiento, como una persona que no adquirió las herramientas para defenderse. Desde el ámbito feminista se puede decir que la mujer no aprendió a desarrollar y expresar su agresividad para la supervivencia, porque socialmente no le fue atribuida esta facultad. Desde su rol social y de género, la mujer "debe ser" sensible, delicada y amable. Por su parte, la perspectiva histórica apoyará esta idea señalando que desde tiempos ancestrales, ella siempre ha tenido el apoyo de un hombre para ser defendida porque, dada su "condición inferior" , por sí misma "no puede"

enfrentar peligros. Sin embargo, el campo de la psicología ya ha advertido que lo anterior, predispone a la mujer a ser constantemente victimizada, no solo sexual, sino física y psicológicamente. De forma que, el análisis de la victimización debe observarse desde dos ángulos: la mujer violada en una sola ocasión, como resultado de una motivación para someter y de la oportunidad para hacerlo, y, la mujer victimizada desde que se le adjudica el patrón de conducta tradicionalmente femenino, el cual no incluye mostrar independencia, fuerza y agresión para defensa personal. ¿Qué se deberá de reflexionar con más cuidado? ¿La violación como crimen? ó ¿La violación como resultado de las relaciones desiguales entre los dos géneros? Como se trate, no debe de perderse de vista que el fenómeno de la violación y su etiología es multifactorial y debe incluir las aportaciones de varias ciencias que nutran y cuestionen más a fondo este estudio. Lo que hay al respecto, no es suficiente, si bien es cierto que México, es uno de los países en América Latina con más investigaciones, Centros de Ayuda a la Agresión Sexual y Foros de Victimología, hace falta que las mujeres violadas adquieran valor para denunciar social y judicialmente este delito, que origina secuelas graves no solo sociales y psicológicas, sino físicas que son una llamada de atención para las autoridades de Salud Pública en el País.

SECUELAS DE LA VIOLACIÓN

En relación a las secuelas generadas por una violación, vale la pena analizar, cual de ellas es la más grave. Todas, conjuntando un Síndrome, evidentemente son importantes, pero, ¿Existirá alguna que deje huellas más perdurables y que sea de más difícil recuperación para el funcionamiento social, personal y emocional de la mujer?

Se considera que la opinión de Susan Browmiller (1981), es cierta cuando enfatiza categóricamente que la PERDIDA DE CONTROL, inmediatamente antes, durante y después de la violación es la parte más dañina del evento agresiva.

¿Cuántas cosas deja de hacer la mujer cuando siente que ha perdido por completo el control de su cuerpo? Retomando el capítulo anterior, la motivación del violador parece consistir de forma frecuente en, precisamente lograr que la mujer pierda el control sobre sí misma.

El MIEDO a perder la vida y el hecho de no contar con recursos personales adecuados para evitar la violación son resultado de esta pérdida significativa de control. La mujer prefiere ser sometida (diferenciado de consentir) con tal de conservar su existencia. Sin embargo, esta sensación de descontrol perdura con un concomitante: no les consuela hacer preservado su

vida. Incluso, muchas de ellas comentan su deseo de que "mejor las hubieran matado". De alguna forma, este sometimiento ellas lo interpretan como "haber consentido" la violación. Es decir, su forma de visualizar las cosas es: No oponer resistencia, sinónimo de ceder, igual a querer. Esto les genera una CARGA CULPIGENA de difícil superación. Además de que, la violación generalmente acentúa en ellas, la autoapreciación de sentirse como "Objetos Sexuales", destinados para servir al otro cuando éste lo decida.

La parte física es curable y, en la mayoría de los casos, estas mujeres no necesitan más que tiempo para ver cicatrizadas las heridas. Pero la herida narcisista de haber sido "usadas" con violencia e invadidas en la parte "culturalmente" más sagrada y valiosa, las cuestiona en su sexualidad. Aparecen de forma invasiva las ideas: "No sirvo sexualmente porque no pude defender mi sexualidad", "No podré casarme, quien se va a querer casar con una violada", " Ya no soy pura", " El hombre que sepa lo que me paso va a dejarme". Dado lo anterior, vale la pena preguntarse: ¿ La violación también incrementa la sensación introyectada de sentirnos seres indignos de respeto e igualdad desde que nacemos? La mayoría de estas mujeres comentan que sí, así lo viven. Para superar esta sensación y las demás secuelas que se mencionaron, será necesario que la mujer agredida reconozca que necesita ayuda y tenga el valor de solicitarla. Ello servirá para que pueda ver con claridad que vale la pena seguir con su vida, para que reconozca y valide su cuerpo y, sus cualidades personales. Será necesario que vea el evento en su justa dimensión y no lo minimice, pero tampoco lo magnifique. El recurso asistencial en este aspecto proporciona el sentido de solidaridad, credibilidad y confianza para ellas. Empero, para que esto pueda llegar a todas las víctimas de violación hace falta que exista de forma más general y consistente una cultura de apoyo para éstas. Las bases ya están siendo sentadas y, con los trabajos de investigación, análisis y crítica al respecto, actualmente más mujeres se sienten preparadas para hablar de su experiencia y someterse a un tratamiento.

PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA ADAPTADO A LAS NECESIDADES DEL CENTRO DE TERAPIA DE APOYO A VÍCTIMAS DE DELITOS SEXUALES (CTA)

Para ajustar este tratamiento a la población de mujeres violadas en el Distrito Federal, e incorporarlo al proyecto del Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA) fue necesario pensar en un modelo de rápida aplicación y con resultados también expeditos, pensando en la cantidad de mujeres que son violadas diariamente (tres mujeres cada 10 minutos). En la búsqueda de un modelo acorde al proyecto, se llegó hasta el

MODELO DE PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA, por cumplir este con las expectativas que mejor se ajustaban a las necesidades del CTA:

- * Metas específicas y a corto plazo
- * Tiempo reducido en relación con las psicoterapias tradicionales (12 sesiones)
- * La variedad de técnicas empleadas.

Además, este modelo no se limita a ocupar como absoluta una sola teoría psicológica, sino que reconoce el valor práctico de varias de ellas, las más importantes: Psicoanálisis, Cognitiva-conductual y del Aprendizaje, rescatando lo más valioso de cada una de ellas, para hacer una aplicación más integrativa: Los conceptos de TRANSFERENCIA en el éxito del contacto terapéutico, con la realidad innegable de formación de IDEAS IRRACIONALES a partir de una violación, y lo valioso de tener en cuenta que así como, la mujer pudo haber APRENDIDO a ser "indefensa", en la misma medida se le puede enseñar a ser funcionalmente activa en la defensa de su cuerpo. Por éstas y otras ventajas prácticas, este modelo es usado en la mayoría de los Centros especializados para violación en México y en Estados Unidos. Incluso, siendo iniciativa de gobierno, universitaria o de defensa feminista, se tiene claro que la PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA es la que ofrece lo mejor, hablando, por supuesto de las necesidades de espacio, demanda, eficacia y tiempo de las mujeres violadas.

MODELO INDIVIDUAL Y GRUPAL DEL CTA.

En este sentido, la finalidad del tratamiento psicoterapéutico brindado en el CTA, (tanto en la modalidad grupal como la individual, como grupal), es proporcionar a la mujer un sentimiento de ser superviviente en lugar de víctima. La terapia ayuda a la mujer a manejarse con el trauma y, la capacita para restablecer la sensación de control sobre su propio cuerpo y su sentimiento de autoestima.

En la modalidad grupal recientemente implantada que se emplea en el CTA, se ha visto que los objetivos seguidos con dirección, pero respeto ante los "tiempos" de la paciente son eficaces. En este a la paciente se le confronta de manera continua ante su propia pasividad, dependencia y desamparo, se promueve un sentimiento de seguridad y, se alienta la fantasía de nueva fortaleza a medida que la relación con la terapeuta "todopoderosa" confiere un renovado sentido de control para la mujer violada.

El grupo terapéutico, por su parte, ofrece a la mujer un sistema de apoyo excelente. Las mujeres del grupo, al compartir traumas similares, establecen rápidamente una relación

empática. La experiencia de grupo reduce eficazmente la humillación que las víctimas sienten tras el ataque sexual, en el tratamiento de urgencia (exploración de los genitales y medidas preventivas de transmisión de enfermedades sexuales), el momento de denunciar y de encarar la situación con los familiares. El formato grupal es un encuadre adecuado para ventilar la rabia y desesperación de las mujeres. Además, se alienta a las participantes a formar una red de apoyo útil para todas las sesiones. Por ejemplo, una mujer con depresión, puede llamar a otras para que la animen. El YO colectivo del grupo dirigido por la terapeuta refuerza los debilitados YOES individuales de las mujeres mientras se van recuperando.

El grupo también promueve que las participantes reconozcan la manera en que sus conductas asociales y desadaptativas las han vuelto "esclavas" de las figuras de autoridad y han obstruido su proceso de individuación. Con frecuencia, las víctimas se proporcionan entre sí el lazo más efectivo a corto plazo, debido a que la historia compartida del trauma forma el núcleo para recuperar un sentido de comunidad. Una vez que las participantes se sobreponen a la desconfianza y vergüenza iniciales, con rapidez establecen un alto grado de cohesión: una sensación de "nosotras contra ellos" (el mundo peligroso).

El trabajo en grupo permite a las mujeres aprender a modular sus respuestas ante otras (os) de acuerdo con los requerimientos del presente, más que con base en las demandas del trauma pasado. Esto facilita el proceso de crecimiento que interrumpió el trauma.

Tanto la modalidad grupal, como individual tienen ventajas observables en relación a la recuperación de la mujer violada, empero, como se observó, la evaluación de cualquier tratamiento debe mostrarse en dos niveles: cualitativo y cuantitativo. Tomando como base la gravedad de los síntomas generados por la violación, no basta con los testimonios generales de las pacientes en términos de "estar bien" ó "sentirse bien" después de una intervención, pues esto es vago y no se asegura que ese nivel de bienestar obedezca necesariamente al tratamiento psicológico en específico, que se le proporcionó. De esta forma se concluye que es mucho más confiable aplicar los cuestionarios propuestos a fin de evaluar cada síntoma de forma particular y, los efectos de dicho tratamiento en cada uno de ellos.

Esencialmente, la posposición para conformar un grupo de estudio y análisis para elaborar algún cuestionario de evaluación se debe a que, apenas se están conformando los grupos (modalidad innovada), se están modificando las técnicas para intervenir, se esta buscando hacer grupos de estudio, capacitación y actualización dentro del mismo centro

para mejorar la atención y, se está buscando optimar el rendimiento de las psicoterapeutas en base a supervisiones constantes. De forma que el factor tiempo y demanda de la cantidad cada vez mayor de usuarias impide que se centre la atención en la evaluación. Sin embargo, se considera que los proyectos que, en este momento se están realizando, no han sido jerarquizados respecto de la importancia que ameritan para la atención a la víctima, pues es fundamental validar la intervención y, de ahí partir para hacer las modificaciones que se crean pertinentes, pero ya, teniendo datos precisos acerca de la eficacia del tratamiento.

Se espera que con la propuesta ofrecida en relación a la implementación de cuestionarios de evaluación, se abra un espacio de análisis para dicha labor, pues, siendo el CTA una dependencia de tipo institucional, la población con la que se trata amerita, partiendo de un modelo global de intervención, también el seguimiento de su caso y la confirmación de la recuperación. Ello dará herramientas validas para , hacer las modificaciones pertinentes al modelo o al empleo de las técnicas, ó , defender su empleo.

Es esperanzador que cada vez exista más gente interesada en mejorar y proponer cambios a los modelos de intervención en casos de violación, sin embargo, y, a fines de siglo XX no basta con tener solamente un Centro de Terapia de Apoyo a nivel institucional .

Mientras no esté incluida la mujer en las premisas de los Derechos Humanos esenciales: Dignidad y respeto, la cultura de la igualdad seguirá siendo una utopía y seguirá existiendo la violencia hacia la mujer en todas sus manifestaciones.

PROPUESTAS.

PROPUESTA PARA EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO EN EL CTA.

Como se vió, al final del tratamiento, se aplica un pequeño cuestionario, donde la usuaria evalúa de forma general los siguientes aspectos: Apreciación del servicio en general, de su psicoterapeuta y de sus avances. Sin embargo, esto no es suficiente, pues se considera necesaria la implementación de dos herramientas básicas: La evaluación del tratamiento y el seguimiento del caso. Estas dos propuestas serán mostradas a continuación, empezando por aquella referente a la evaluación y enseguida la forma en que se podría seguir el caso de la paciente.

EVALUACION DE LA INTERVENCION

La propuesta de evaluación se plantea en varios puntos: A) El objetivo de la propuesta, B) Los indicadores que pretende medir, C) La justificación de la misma , D) La estructura que se plantea para conseguir lo anterior, E) La forma de aplicación de dichos cuestionarios y, F) Los cuestionarios propiamente dichos.

A) OBJETIVO DE LA PROPUESTA:

Ofrecer una idea para evaluar mediante dos cuestionarios (antes y después de la intervención psicológica), la medida en que los diversos síntomas que presenta la mujer violada son erradicados a consecuencia de una intervención que focalice éstas necesidades.

B) INDICADORES QUE PRETENDE MEDIR LA PROPUESTA:

A continuación se muestran los indicadores que pretenden medir los cuestionarios propuestos y sus definiciones:

1.- El físico.- Es decir, todos aquellos cambios que se generan a nivel fisiológico y físico a partir de la agresión sexual.

2.- El cognitivo.- Se refiere a los procesos mentales como pensamiento, memoria, atención concentración, análisis y síntesis , los cuales se ha alterado como consecuencia de la violación.

3.- El personal-social.- Basicamente involucra los cambios en la conducta, modificación de hábitos, incapacidad de relacionarse social y sexualmente, parálisis en sus actividades recreativas, laborales, escolares, etc.

4.- El emocional.- Todas aquellas emociones y sentimientos que experimenta la mujer como secuela del ataque sexual y que le impiden seguir con su rutina de vida ó planes a futuro.

C) JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA:

La justificación para proponer la siguiente forma de evaluar se basa en la ayuda que puede proporcionar esta evaluación :

- 1.- Determinar qué área está más alterada en la mujer agredida cuando llega a solicitar el servicio psicológico,
- 2.- Focalizar éstas alteraciones para elaborar un plan de intervención acorde a las necesidades específicas de la misma,
- 3.- Al final del tratamiento evaluar las condiciones de recuperación de cada área y,
- 4.- Confirmar si la intervención ayudó a equilibrar al área donde la mujer tenía más problema.

D) ESTRUCTURA DE LOS CUESTIONARIOS PRE Y POSTRATAMIENTO:

Para ofrecer un instrumento que ilustre la gravedad o no de los síntomas que pudiera presentar la mujer en cada área, al llegar al solicitar el servicio psicológico, y, al momento de ser dada de alta, se pensó en la siguiente forma de presentación :

* Un cuestionario donde, de la pregunta número 1 a la 7 se involucre a la primera área (Física), de la interrogante 8 a la 14 lo relacionado con el área cognitiva, de la pregunta 14, a la 20, lo concerniente a el área Personal-social y, las últimas 7 preguntas planteadas en lo tocante a el área emocional.

Ambos cuestionarios tendrían las mismas opciones para responder, con la única variante que cambiaría su posición. Esta sería la forma de acomodarlas en el Cuestionario Pretratamiento:

- 1: DIARIO
- 2: FRECUENTEMENTE
- 3: NO MUY FRECUENTEMENTE
- 4: CASI NADA
- 5: NADA.

Y, la manera de presentar las opciones en el Cuestionario Postratamiento sería:

- 1: NADA
- 2: CASI NADA
- 3: NO MUY FRECUENTEMENTE
- 4: FRECUENTEMENTE
- 5: DIARIO.

La justificación de plantear la estructura de la forma anterior obedece a que sería más fácil verificar las comparaciones entre ANTES Y DESPUES del tratamiento respecto de las áreas donde hubiere más conflicto. Por ejemplo, si se encuentra que la mujer responde a las 7 preguntas relacionadas con el área física con la opción "DIARIO", cuando llega al CTA, se esperaría que la intervención redujera a "CASI NADA O NADA" la presentación de los mismos síntomas, y , así sucesivamente con la demás sintomatología.

E) FORMA DE APLICACION:

El cuestionario PRETRATAMIENTO (Antes de la intervención), se aplicaría el día que la mujer violada llega al CTA, y en la misma sesión donde se elabora su FICHA DE INGRESO, explicándole las funciones del mismo y acompañándola en el proceso de respuesta por si tiene alguna duda o alguna recaída emocional.

El instrumento POSTRATAMIENTO, se aplicaría el día de ALTA TERAPEUTICA, y , también explicándole a la paciente la importancia de su uso, dejándole también claro en esa sesión que el AREA DE SEGUIMIENTO estará al pendiente de cómo se encuentra pasados algunos meses de su salida del CTA. (Propuesta mostrada más adelante)

F) CUESTIONARIOS PROPUESTOS.

Antes de mostrar la propuesta de evaluación es necesario hacer aclaración de dos puntos importantes:

1.- Esta es solo una propuesta, no pretende medir a corto plazo los síntomas de la mujer violada, sino mostrarlo a las autoridades del CTA, a fin de que sea autorizado por éstas y, en principio de realice una aplicación piloto, a fin de averiguar su confiabilidad y validez, cuestiones que requerirán de un estudio más concienzudo y metódico. Además de que, la finalidad de este REPORTE LABORAL, es mostrar el Modelo Institucional de trabajo con mujeres violadas, no diseñar un instrumento de evaluación. Sin embargo se propone, dada la importancia que guarda para la paciente y la institución y, como algo novedoso que definitivamente conviene al trabajo que se desempeña en el CTA.

2.- Las preguntas planteadas a continuación son resultado de la experiencia obtenida en el CTA, no se rescataron de ningún otro instrumento, ni de la propuesta de alguna otra persona interesada en el tema.

F.1. CUESTIONARIO PRETRATAMIENTO.

Instrucciones: A continuación, se te presentan varias preguntas, relacionadas con síntomas que pudieras estar presentando desde tu agresión sexual, se te pide que anotes después de la pregunta el número que más represente tu situación en este momento.

Gracias.

1: DIARIO

2: CASI DIARIO

3: FRECUENTEMENTE

4: CASI NADA

5: NADA

1.- Siento cansancio sin razón aparente ()

2.- He tenido problemas para dormir bien (insomnio, intranquilidad, pesadillas, mucho sueño)
()

3.- Siento dolores de cabeza agudos ()

4.- He presentado alteraciones en el hábito de comer (Comer mucho o muy poco) ()

- 5.- Experimento tensión en algunas partes ó en todo tu cuerpo ()
- 6.- Noto que me sudan las manos, me hormiguea el cuerpo o me duele el pecho ()
- 7.- He notado la aparición de granitos pequeños en la piel de color rosado que me provocan comezón ()
- 8.- Se me han olvidado cosas que acabo de aprender o me acaban de decir ()
- 9.- Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas o actividades ()
- 10.- Noto que me distraigo con mucha facilidad ()
- 11.- Tengo ideas de que alguien me sigue cuando salgo a la calle ()
- 12.- Pienso que el evento agresivo que sufrí es causa de un castigo ()
- 13.- Que tanto pienso en la violación ()
- 14.- Tengo recuerdos de la agresión sexual que no me permiten hacer otro tipo de cosas por ser tan intensos ()
- 15.- Tengo problemas para relacionarte con los hombres ()
- 16.- He dejado de estudiar, trabajar o hacer cosas que me gustan por el temor de salir ()
- 17.- Cuando acabo de conocer gente, éstas personas me provocan desconfianza ()
- 18.- Prefiero quedarme sola en casa en lugar de salir a algún lugar que antes me gustaba ()
- 19.- Siento desilusión por los planes que tenías para mí ()
- 20.- Me siento apática e irritable con las personas que me rodean ()
- 21.- Nada de lo que hay en mi familia, trabajo y/o escuela me llama la atención ()
- 22.- Me siento muy enojada, sin saber con quien lo estoy realmente ()
- 23.- Siento culpa por la violación que viví ()
- 24.- Lloro con mucha facilidad y en cualquier lugar ()
- 25.- Experimento la sensación de que nadie entiende como me siento ()
- 26.- Me siento insegura , con temor y no sé realmente por qué me siento así ()
- 27.- Experimento impotencia en relación a la agresión que viví ()

SI EXISTE ALGUN SENTIMIENTO, CAMBIO DE HABITO EN TU VIDA, O PESAMIENTO QUE HAYAS ADQUIRIDO O MODIFICADO A PARTIR DE LA AGRESIÓN QUE NO SE HAYA CONTEMPLADO EN ESTE CUESTIONARIO, SE TE AGRADECERIA QUE LO ANOTARAS EN EL ESPACIO SIGUIENTE:

¿QUE ESPERAS DEL SERVICIO PSICOLOGICO EN EL CENTRO DE TERAPIA ?

F.2 CUESTIONARIO POSTRATAMIENTO.

Instrucciones: A continuación se te muestran varias preguntas acerca de la situación que puedes estar viviendo en este momento que eres dada de alta. Se te pide que contestes después de cada una de ellas con el número que más refleje tu sentir. Hazlo de la manera más honesta posible. Gracias.

1: NUNCA

2: CASI NUNCA

3: FRECUENTEMENTE

4: CASI DIARIO

5: DIARIO

- 1.- Me siento cansada sin razón aparente ()
- 2.- Tengo problemas para dormir (insomnio, pesadillas, dormir mucho) ()
- 3.- Presento intensos dolores de cabeza ()
- 4.- Como mucho ó muy poco ()
- 5.- Siento tensión en tu cuerpo ()
- 6.- Experimento sudoración en las manos, hormigueo en el cuerpo o dolor en el pecho ()
- 7.- Noto partes de mi piel donde han aparecido granitos rosados que me provocan comezón ()
- 8.- Olvido cosas que me acaban de decir o acabo de aprender ()
- 9.- No me concentro en mis actividades escolares, laborales u otras ()
- 10.- Me distraigo con mucha facilidad ()
- 11.- Tengo la idea de que alguien me persigue para hacerme daño ()
- 12.- Pienso que el ataque sexual que viví fue a consecuencia de un castigo ()
- 13.- Qué tanto pienso ahora en la violación que sufrí ()
- 14.- Los recuerdos acerca de la violación me impiden hacer cosas que me interesan ()
- 15.- Tengo problemas para relacionarme con los hombres ()
- 16.- He dejado de estudiar, trabajar o hacer otras actividades por temor a salir de mi casa ()
- 17.- Cuando acabo de conocer a alguien de inmediato desconfío de esa persona ()
- 18.- Prefiero quedarme en mi casa que ir a lugares que antes me agradaban mucho ()
- 19.- Experimento desilusión para lograr los planes que tenía ()

- 20.- Me siento apática e irritable con las personas que me rodean ()
- 21.- Nada en mi familia, escuela o círculo social me motiva ()
- 22.- Experimento mucho enojo y no sé por qué o, con quien estoy enojada ()
- 23.- Me siento culpable por la agresión de viví ()
- 24.- Llora con facilidad y sin razón aparente ()
- 25.- Siento que nadie entiende como me siento ()
- 26.- Me siento insegura o con temor y no sé a que se debe ()
- 27.- Experimento impotencia por la violación que viví ()

¿ SIENTES QUE EL PERSONAL DEL CENTRO DE TERAPIA TE DIO LO QUE NECESITABAS Y TE TRATO CON DIGNIDAD Y RESPETO? SI-NO ¿POR QUE?

¿LE RECOMENDARIAS EL SERVICIO DEL CENTRO DE TERAPIA A ALGUNA MUJER QUE TE INFORME HABER SIDO VIOLADA? SI-NO ¿POR QUE?

PROPUESTA DE SEGUIMIENTO DEL CASO.

La otra propuesta se refiere a el SEGUIMIENTO DEL CASO, función que no se realiza en el CTA, y que se considera importante pues proporcionará un índice confiable respecto de si, el éxito del tratamiento perdura y, cuanto tiempo. Se propone que se implemente una AREA DE SEGUIMIENTO dentro de la Subdirección Clínica, donde las funciones básicas de la misma sean:

- Localizar a las mujeres que hayan sido dadas de alta después de un tiempo promedio de tres a cuatro meses a fin de confirmar el éxito terapéutico.
- En caso de que haya habido recaída, especificar en qué ha consistido ésta y ver de que forma se puede reingresar a la paciente al tratamiento para solucionar la problemática.
- Los resultados de dicho seguimiento deberán de anexarse al expediente de la paciente , para lo cual se deberá de elaborar un formato de REPORTE DE SEGUIMIENTO DE CASO , cuyo contenido será breve y conciso

Hasta ahora, las propuestas han sido de naturaleza práctica, sin embargo se considera que es muy importante hacer otro tipo de ellas a fin de, no sólo abordar el aspecto evaluativo del modelo que aquí se presenta, sino todo el conjunto de variables que involucra este crimen. Lo que a continuación se presenta será mostrado por tema para ser más específicos.

VIOLACIÓN

La piedra angular para partir en las sugerencias en este sentido, es, la necesidad de que la sociedad civil e Institucional vean a la violación como un acto de violencia extrema, y no, como algo, que "a veces ocurre", es decir, dejar de apreciarla como algo "natural" y verla de forma global. Se necesita que los medios de comunicación realmente cumplan con el objetivo de comunicar la gravedad del asunto, que se ataquen de forma contundente los anuncios sexistas que, de forma abierta o subliminal siguen fomentando la idea de que la mujer no es capaz de defenderse, que es un objeto sexual en espera de cumplir con los deseos de los hombres cualquiera que sean estos.

A la fecha, en los curules de diputados y senadores no han aparecido análisis en este sentido. Y solo algunas diputadas y senadoras han levantado la voz en medio de la intolerancia

masculina para exigir leyes mejores y más claras que sancionen a este delito y den mejores condiciones de recuperación para las víctimas.

Se requiere que las instituciones gubernamentales estén abiertas a la participación de los ciudadanos organizados, con capacidad de recibir propuestas, no solo sobre su accionar, sino también sobre su rumbo y destino.

Debido al subregistro, a la deficiente información sobre el fenómeno de la violencia de género y, a la baja incidencia de denuncias legales de estas conductas se propone crear un Sistema Nacional de Registro que permita contar con datos homogéneos y confiables de carácter nacional.

En relación a la prevención de delitos y difusión, se requiere una revisión de los contenidos temáticos difundidos en los medios de comunicación y en los textos básicos educativos, con el objetivo de eliminar los mensajes que promueven la violencia contra las mujeres. Difundir con campañas y, claramente los graves daños y las múltiples consecuencias que éstas conductas provocan en el desarrollo integral de la persona, de la familia y de la sociedad. Es necesario capacitar a la población y sensibilizar al servidor público a través de programas nacionales promovidos y organizados conjuntamente por las instituciones oficiales directamente involucradas y las ONG especializadas.

En cuanto a la educación que se imparte en las escuelas públicas y privadas, se requiere eliminar del proceso de enseñanza-aprendizaje la violencia en todas sus manifestaciones; una forma para lograr lo anterior podría consistir en incorporar en el proceso escolar una materia o taller para RESOLVER SITUACIONES CON UNA PERSPECTIVA ADAPTATIVA BASADA EN EL EJERCICIO DE LA ASERTIVIDAD., es decir, la nueva pedagogía deberá propiciar que en las escuelas se enseñen y se practiquen formas de resolución de conflictos de forma no violenta y, crear un ambiente de conductas respetuosas de los derechos y la integridad humana.

Es necesario que el gobierno y la sociedad participen en la reducción de los hombres violentos. Deberán ser, principalmente, las instituciones encargadas de las políticas nacionales en relación a la familia, las que establezcan programas de desensibilización y capacitación que difundan una nueva visión de la masculinidad. La comunidad tendrá, por su parte, la responsabilidad de lograr que los hombres violentos se comprometan con el cambio de abatir el maltrato.

Se requiere que las mujeres mismas modifiquen su actitud en relación a la violación, pues en muchas ocasiones, se ha visto que ellas son las que primero emiten juicios, prejuicios y condenas a las violadas, olvidándose que, todas estamos expuestas a ese evento, por el hecho inevitable de ser mujeres.

Se propone también que el Estado construya un Sistema Nacional de Albergues a través de instituciones encargadas de salud, educación y procuración de justicia, entre otras, que constituyan una respuesta real y objetiva a esta problemática.

Es básico que el Estado intervenga en materia de servicios a Víctimas de violencia con un enfoque de género. Hasta ahora, el trato a víctimas ha sido deshumanizado, fundado en mitos y prejuicios con una óptica que tiende a victimizar a las mujeres. El problema de la violencia de género rebasa con mucho las acciones emprendidas por los sectores interesados en eliminarla. Hasta ahora, estos esfuerzos han sido insuficientes. El desarrollo de las instituciones gubernamentales abocadas a proporcionar servicios es reciente y la mayoría de los programas están en etapa de prueba. Las asociaciones civiles son pocas y con recursos limitados. Es urgente formular políticas públicas que potencien los esfuerzos aislados de sociedad y gobierno bajo mecanismos de coordinación que aseguren la participación de ciudadanos organizados y prioricen la conformación de una cultura de respeto a los derechos humanos.

Se hace necesario que las ONG que trabajan contra la violencia, equilibren sus programas de atención directa con proyectos de mayor alcance político y social

SECUELAS DE LA VIOLACIÓN.

El costo social de la violación ejercida contra las mujeres se traduce en jornadas de trabajo perdidas, gastos por servicios a víctimas y, peor aún en los enormes costos que supone el sufrimiento humano, así como en el efecto que a largo plazo implica perpetuar una estructura social violenta y desigual. Estas mujeres son colocadas en una situación de desventaja, se limita su posibilidad de optar en casi todas las esferas: la escolar, laboral, hogar, y espacios públicos. Se les obliga a permanecer dentro de relaciones que frenan su potencial como ser humano y como ciudadana en plena capacidad para sumarse al desarrollo. Es por ello que se propone continuar con la lucha contra la violencia e incorporarla

a otros proyectos sociales, lo que permitirá la realización plena de la mujer y eliminarla de los obstáculos para el desarrollo de nuestro país.

Determinar el costo social de la victimización, el grado de seguridad ciudadana ante los delitos, las medidas específicas tomadas para eliminar todas las formas de violencia, el número y calidad de los servicios de atención ciudadana en relación a la problemática y, los avances en la legislación, significan nuevos y más amplios indicadores para medir el grado de desarrollo de nuestro país. La violencia contra la mujer constituye en sí misma una variable de desarrollo que tendrá que formar parte de los censos nacionales de población y de los registros de salud y educación de nuestro país.

Así mismo, se considera de vital importancia proponer que las personas que tratan por primera vez con una mujer violada estén sensibilizadas para no agravar las respuestas al ataque de forma que sea más difícil para ellas denunciar el hecho o tomar la decisión de ser intervenidas terapéuticamente. Se ha visto, por muchos años, y de forma triste, como, las mujeres Ministerio Público aún no son capaces de "ponerse en los zapatos" de la mujer violadas, a pesar de ser ellas, también mujeres. El objetivo de las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales no ha sido cumplido en el sentido de "Brindar atención humanizada, expedita y sensible". La atención sigue ineficientemente burocratizada e, incluso existe el rumor constante de que, a las mujeres que trasladadas a dichas agencias las cambian de lugar por "Castigos". De ahí puede explicarse la forma de tratar a las mujeres que llegan esperanzadas en recibir apoyo legal y reciben solo juicios, condenas y amenazas, pues en muchas ocasiones les llegan a decir que se fijen en lo que dicen pues han jurado bajo palabra y ellas pueden ser las consignadas. Lo anterior es sumamente grave, considerando que las secuelas producidas por la violación pueden verse magnificadas por esta intolerancia y poco respeto ante las necesidades de las mujeres agredidas sexualmente. Por supuesto hacen falta estudios con población de mujeres violadas para actualizar la situación de presentación del SÍNDROME DE ESTRES POSTRAUMÁTICO. Se considera un desperdicio en términos de investigación tener a la población y no emplearla para la obtención de datos estadísticos, como en el caso del CTA.

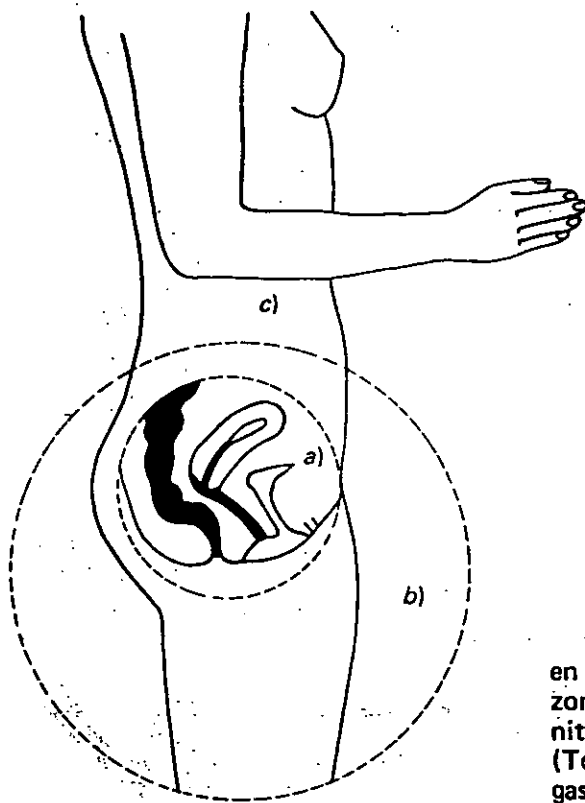
MODELO DE INTERVENCIÓN Y EVALUACIÓN

Por supuesto la más evidente propuesta es la implementación de los cuestionarios de evaluación para confirmar la veracidad de la recuperación, en lo planteado por la PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA no se hace alusión a la evaluación, sino solamente al proceso de intervención y, sus características.

Se propone también la unificación de criterios en cada objetivo planteado para la recuperación de las mujeres violadas. Más capacitación para las personas involucradas en la atención a esta población y medidas constantes de evaluación a las terapéutas que tratan estos casos para observar si asisten con sensibilidad o prejuicios.

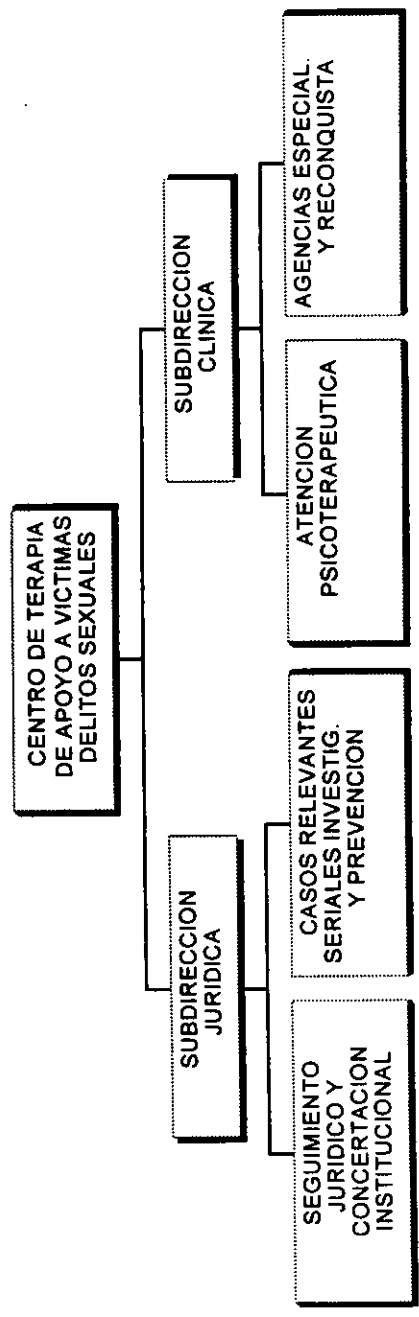
Se comprende que a corto plazo será difícil erradicar la violencia, por ello es necesario que desde ahora sea la sociedad civil quien tome en sus manos el asunto, sin depender totalmente de técnicos o especialistas, de centros o asociaciones civiles. Se requiere de una sociedad fortalecida y democratizada que pueda absorber a la víctima sin estigmatizarla ni arrinconarla en espacios privados de atención, y que brinde, mediante su solidaridad y organización, espacios alternativos de convivencia más humana.

ANEXO 1.



Zonas de examen en víctimas de violación: a) zona genital, b) zona paragenital, y c) zona extragenital. (Tomada de la obra de Vargas Alvarado.)

PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL
CENTRO DE TERAPIA DE APOYO A VÍCTIMAS DE DELITOS SEXUALES
ORGANIGRAMA



ANEXO 2

PRINCIPALES TÉCNICAS EMPLEADAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA VIOLACIÓN

DENOMINACIÓN DE LA TÉCNICA	PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
Abreacción	A través de catarsis la persona descarga sus emociones. Se puede lograr ésta con objeto neutro (cojín, periódico) imaginando que golpea a la persona que origino el conflicto.	Alivia la tensión emocional
Afecto inducido	Se le relaja, se le interroga acerca del suceso traumático y se le pide que describa cada detalle.	Ayuda a ponerse en contacto con emociones.
Aguijoneo	Animar al paciente a que realice esfuerzos para la solución de sus problemas.	También llamado PRODDING o exhortación.
Apoyo	Retoma las nociones de Rogers en el sentido de darle a la paciente el espacio seguro y confortable que necesita en el momento.	La terapia breve se refiere con mucha frecuencia a esta técnica.
Asesoramiento	Proponer líneas de acción a la paciente en forma directa.	Exige actividad especial del terapeuta.
Autodiálogo dirigido	La terapeuta ayuda a la paciente a centrarse en el Diálogo Interno o en autoafirmaciones en las que piensa cuando está en conflictos. Se enfatiza motivación y autohalago: "Lo hice bien" "Yo sé que puedo hacerlo".	Especialmente útil cuando se va a presentar en Careo Judicial con su agresor.
Autoestima (Reconstrucción)	Demostrar a la paciente que ha logrado algunas cosas, que ha soportado dificultades y que ha asumido una actitud sensata al buscar asistencia para superar su problema.	Para que funcione mejor el terapeuta se debe de revelar ante la paciente como un ser humano con debilidades y dificultades similares, aunque no idénticas.
Biblioterapia	Uso de trabajos literarios en el tratamiento.	Especialmente testimonios de mujeres sexualmente agredidas, pues promueve ver la agresión como un problema social y no personal.
Catarsis	Promover que la paciente descargue sus sentimientos especialmente hostiles hacia un objeto que no la daña.	Resultado de la abreacción.
Confrontación	Se coloca a la paciente a un espejo simbólico que refleje su conducta para que ésta se haga consciente.	Es más efectiva que la elaboración pasiva.
Control del dolor	Mediante relajación y reestructuración cognoscitiva.	Fomenta el enfrentamiento con el malestar.
Control de la respiración	Se instruye a la paciente en la respiración profunda.	Es parte valiosa en el manejo de ansiedad o Inoculación del Stress.
Contacto corporal	Expresado sobre todo en abrazo. Se le pide permiso a la paciente para darlo.	Especialmente útil cuando, en sesión manifiesta desesperanza, llanto abundante o soledad. Confirma lazo empático.
Encadenamiento	Moviliza a la familia y a los sistemas de apoyo de amigos, para solucionar la crisis.	Ayuda al desarrollo de los grupos de apoyo temporales.
Ensayo de conducta	Se le enseñan a la paciente conductas nuevas, practicándolas durante la terapia. Se construye comunmente como un proceso de moldeamiento gradual.	Se combina con otras técnicas como: Modelamiento y Retroalimentación.

Fantasia guiada	Son situaciones, escenas, viajes creados o reales que se le pide a la paciente que imagine a fin de revisar como se siente con ello. Fantasea sobre su capacidad para enfrentar una situación específica difícil (Denuncia)	Facilita la integración de conductas no empleadas por introyectos.
Grupo, Terapia de	Cubre las necesidades de grandes cantidades de pacientes que necesitan tratamiento, como en el Centro de Terapia.	El hecho de que la paciente pueda identificarse con la conducta de otros suele favorecer la superación de las resistencias.
Insight, Facilitación del Interpretación	A través de la interpretación directa. Revelar acerca de la naturaleza y las causas de los temores, impulsos y defensas empleadas, así como las motivaciones que se encuentran por debajo del nivel de su conciencia.	Agiliza el proceso de terapia. Logra el mejoramiento o la cura del paciente.
Manejo de polaridades.	Mediante silla vacía. erradica introyectos (debéismos)	Ver SILLA VACIA.
Manejo de sueños	Desde el punto de vista Gestalt. Para más detalle, revisar a Baumgardner P. (1994).	La paciente se da cuenta de los mensajes existenciales que le revela sus sueños.
Manipulación del entorno	Sugerir la adaptación del medio en que vive de forma que se ajuste mejor a sus necesidades: buscar trabajo, participar en actividades productivas física y mentalmente.	La familia y los amigos juegan un papel importante en ésta técnica.
Orientación y consejo	Alentar a la paciente a que emprenda nuevas experiencias vitales, las cuales serán decisión de esta ejercer.	Tiene relación con la anterior.
Predicción	Se da a conocer las consecuencias perjudiciales de las actuaciones pasadas para prevenir que las repita en el futuro.	También puede emplearse imaginaria para apoyarla.
Prevención	Proporcionar a la paciente las estrategias más adecuadas para evitar futuras agresiones sexuales.	Se ayuda de la asertividad y cambio en la postura corporal.
Proyección, manejo de ..	Devolviendole a la paciente sus apreciaciones en torno a su medio.	Mediante proyectar sus sentimientos, ella no asume la responsabilidad de sus actos, pensamientos y emociones.
Psicodrama	Actuar la experiencia agresiva o alguna otra que le cause conflicto.	También se emplea en el manejo de sueños para rescatar lo más importante de este y la paciente "viva" la experiencia para tener una mayor posibilidad de insight.
Reacondicionamiento positivo	Gratificar las conductas nuevas y deseables y no gratificar las que se quiere eliminar.	Procedimiento básico de la técnica conductista.
Reestructuración Cognoscitiva	1) Lograr que se dé cuenta de sus cogniciones irracionales, 2) Se le enseña a reconocer lo irracional de ellas, 3) Se le instruye para cambiar esas cogniciones.	La intención es de que tenga una apreciación más real que conduzca a respuestas emocionales y conductuales más adaptativas.

Reaseguramiento	Confirmar a la paciente que la terapeuta estará disponible cuando lo necesite, advertir que no esta sola.	Especialmente útil en casos de ideación suicida.
Retroalimentación	Proporcionar a la paciente información sobre si misma. Toma formas como el elogio, la recompensa, instrucciones verbales o la grabación en video.	Enriquece la eficacia de los programas de intervención.
Role playing	Se puede emplear para: 1) Actuar la réplica de una situación del pasado, o 2) Actuar un grupo de conductas diferentes a las comunes.	Es el principal ingrediente en diversos programas para la conformación de habilidades.
Silla caliente	En ambiente de grupo: Se asigna a la paciente que esté lista para trabajar sobre un problema.	Aumenta la efectividad de las autorevelaciones de la paciente.
Silla vacía	La paciente imagina que su parte polar (pasividad-agresividad), está sentada, conversa con ella y concilia con ella .	Su función en integrativa.
Transferencia, manejo de la	La terapeuta dirige su atención a los fenómenos de transferencia: sentimientos irracionales de la paciente respecto de este. <se promueve transferencia positiva: mostrarse como terapeutas dignos de confianza, amables y empáticos.	La alianza terapéutica generada por el buen manejo de la transferencia ataca la negación y las resistencias a involucrarse en la terapia.
Toma de decisiones.	Enseña a la paciente a evaluar diversas alternativas y hacer una elección acertada entre ellas, enfocando 4 tipos de consecuencias: 1)Personal, 2) Social, 3) Completas a corto plazo, y 4)Completas a largo plazo.	Aprende a elegir lo mejor para ella.
Ventilación	Proporcionar a la paciente un ambiente seguro donde ella se sienta en disposición para expresar libremente emociones, sentimientos, y pensamientos en particular.	Capacita a la paciente para aceptar su dolor y pérdidas. Como medida de prevención y persuasión para que sea asistida terapéuticamente.
Visitas domiciliarias	Acudir al domicilio de la paciente si se tiene el reporte de que fue violada, pero no quiere aceptar el tratamiento.	También se emplea cuando ha desertado del tratamiento y se sabe que necesita finalizarlo.

CITADAS EN SLAIKEU (1994) . BAUMGARDNER (1994) Y SMALL (1986).

ANEXO 3.

GRUPO : VIOLACIÓN Y ABUSO SEXUAL EN ADOLESCENTES

DÍA	N° SESION	OBJETIVO	ESTRATEGIA
------------	----------------------	-----------------	-------------------

FASE INICIAL

1*	UNA	Promover que los participantes se conozcan, revisar expectativas y plantear reglas dentro del grupo.	Establecer rapport y promover empatía a través de dinámica de presentación
2*	UNA	Conocer la percepción de los participantes en torno a la agresión sexual.	Promover la catarsis y la expresión de sentimientos a través de técnicas de sensibilización.
3*	UNA	Disminuir la ansiedad que presentan los participantes a partir de la agresión sexual.	Expresar los sentimientos a través de técnicas de espejo y relajaciones.
4*	DOS	Identificar la depresión generada por el evento violento.	Reconocer su propia depresión a partir de técnica de contacto-retirada.

FASE INTERMEDIA

5*	DOS	Disminuir los temores existentes.	Identificar y expresar el miedo que les ha generado el evento a través de imaginación inducida.
6*	UNA O DOS	Disminuir los sentimientos de culpa surgidos a partir de la agresión sexual.	Buscar la propia exigencia que lleva a culpabilizar de la agresión a través de la técnica "exigencia-respuesta".
7*	UNA	Trabajar las pérdidas sufridas a partir de hablar sobre la virginidad-masculinidad.	Trabajar aspectos de géneros sociales que han repercutido en su percepción a través de lluvia de ideas.
8*	UNA	Observar los mitos y creencias en la familia y en la sociedad en torno a la agresión sexual.	Trabajar conceptualizaciones teóricas buscando la reestructuración cognoscitiva.
9*	UNA	Valorar la autoestima a través de sus capacidades y limitaciones.	Buscar cual es concepto que tienen de sí mismos y cual proyectan a los demás a través de técnica de dar y recibir.

FASE FINAL

10*	UNA	Promover que los participantes distingan agresividad de asertividad a partir de expresar sus sentimientos e ideas de manera clara.	Identificar diferencias entre los conceptos y promover conductas asertivas a través de la técnica QUIERO Y PUEDO .
11*	UNA	Conocer los cambios que se presentan en la adolescencia tanto físicos como psicológicos.	Explicar a nivel didáctico los cambios y trabajar en la técnica de escultura de uno mismo.
12*	UNA	Buscar alternativas propuestas para el autocuidado a partir de los adquirido en el grupo.	Comentar sus experiencias y buscar medidas preventivas.
13*	UNA	Despedir a los participantes a través de revisar sus avances.	Cerrar el grupo terapéutico con un diálogo.

FUENTE: CENTRO DE TERAPIA DE APOYO A VÍCTIMAS DE DELITOS SEXUALES.

ANEXO 4

GRUPO: PADRES DE MENORES VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL EXTERNA

DÍA	Nº SESIÓN	OBJETIVO	ESTRATEGIA
-----	-----------	----------	------------

FASE INICIAL

1ª	UNA	Promover la presentación y encuadre de los miembros del grupo.	Identificar la problemática común y conocerse mediante técnicas de presentación "Tu y yo".
2ª	UNA	Promover la expresión de emociones y sentimientos a fin de permitir la verbalización y socialización de los mismos.	Sensibilizar, vivenciar y socializar la problemática a través de técnica catártica.
3ª	DOS	Permitir que los miembros del grupo verbalicen el enojo y/o los sentimientos negativos generados por el evento.	Reconocer los sentimientos negativos a partir de sensibilización a través de la técnica "Causar dolor".
4ª	UNA	Brindar información sobre el manejo del menor agredido explicando como lo expresan los niños.	Informar a través de explicación didáctica como ejercicios.

FASE INTERMEDIA

5ª	UNA	Revisar los sentimientos que generan los menores a partir de haber sufrido la agresión sexual.	Dar una visión general de la sintomatología generada, a partir de sus sentimientos por la explicación teórica.
6ª	UNA	Explorar el impacto a partir de la agresión sufrida por sus hijos en el núcleo familiar.	Sensibilizar a los participantes ante los sentimientos generados por la agresión sexual vivida y revisar las repercusiones a nivel familiar a través de técnicas de "lugar familiar".
7ª	DOS 1.- Terapéutica. 11.- Jurídica (Se pide participación de abogado)	Explicar sobre los delitos sexuales que pueden vivir los menores a nivel penal y, sus consecuencias psicológicas.	Explicar e informar sobre dichos delitos a través de exposición jurídica general y teoría.
8ª	DOS	Trabajar la culpa que conlleva una exigencia hacia los hijos como menores.	Elaborar a partir de sensibilizar en culpa resentimiento-exigencia.
9ª	UNA	Promover conductas asertivas como padres para facilitar la atención adecuada de sus hijos.	Enfrentar a los participantes al ejercicio de SI-NO para identificar conductas asertivas.

FASE FINAL

10ª	UNA	Promover conductas asertivas como padres para facilitar la atención adecuada de sus hijos.	Enfrentar a los participantes al ejercicio de SI-NO para identificar conductas asertivas.
11ª	UNA	Revisar los mitos en torno a la agresión sexual que pueden dificultar el restablecimiento del menor agredido.	Exponer a nivel teórico a través de lluvia de ideas sobre los mitos en torno a la agresión sexual.
12ª	UNA	Plantear las medidas preventivas que ayuden al menor y a los padres a evitar una nueva agresión sexual.	Información verbal y técnicas preventivas a través de dramatización.
13ª	UNA	Hacer recopilación y evaluación del proceso grupal explicando dudas y comentarios, preparando para el cierre.	Exponer sus expectativas en recuento grupal y dinámica de despedida.

FUENTE: CENTRO DE TERAPIA DE APOYO A VÍCTIMAS DE DELITOS SEXUALES
ANEXO 5

GRUPO: NIÑOS VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL

DÍA	Nº SESIÓN	OBJETIVO	ESTRATEGIA
-----	-----------	----------	------------

FASE INICIAL

1º	UNA	Presentar a cada uno de los participantes y establecer las reglas del grupo.	Dar dinámica de presentación y observación por medio de juego libre.
2º	UNA	Conocer la percepción del niño en torno a la agresión sexual.	Terapia de juego directiva por medio de muñecos anatómicos y narración de historias.
3º	UNA	Promover el inicio de proceso de desculpabilización mediante la exposición de la agresión.	Exposición didáctica dinámica por medio de títeres, cuentos y pintura.
4º	UNA	Identificar las emociones y promover la expresión de las mismas.	Representar a través de dramatización situaciones que expresen emociones.

FASE INTERMEDIA

5º	UNA	Reconocer la culpa y los sentimientos generados a partir de ella.	Trabajo a través de historias inconclusas que reflejan culpa.
6º	DOS	Identificar la agresión para su canalización y expresión del coraje.	Permitir la expresión corporal a través de técnicas de golpear cojines.
7º	UNA	Reconocer los temores para promover su disminución.	Expresar los temores a través de un cambio de roles en una historia representada.
8º	UNA	Promover el autoconocimiento, autovaloración e incremento de autoestima.	Trabajar con autorretrato a través de un collage o un disfraz.
9º	DOS	Proporcionar los conocimientos básicos relacionados con la sexualidad humana en la etapa del desarrollo donde se encuentren.	Conocer el cuerpo humano con nombres y funciones a partir de muñecos anatómicos y material didáctico.

FASE FINAL

10º	UNA O DOS	Proporcionar técnicas de autocuidado y prevención a partir de sus propuestas.	Revisar lecturas, cuentos e historias que les den ideas para llevar a cabo su autocuidado.
11º	UNA	Revisar las habilidades aprendidas por el menor y buscar las áreas no trabajadas para prepararlos para la despedida.	Trabajar la despedida a partir de valorar los avances obtenidos, juego libre, digitopintura o pintura.
12º	UNA	Despedir al grupo teniendo reforzadas las habilidades aprendidas.	Diálogo de finalización y despedida con expectativas y metas a realizar.

FUENTE: CENTRO DE TERAPIA DE APOYO A VÍCTIMAS DE DELITOS SEXUALES.

ANEXO 6

GRUPO: MUJERES VIOLADAS.

DÍA	N° SESION	OBJETIVO	ESTRATEGIA
------------	----------------------	-----------------	-------------------

FASE INICIAL

1*	UNA	Propiciar el conocimiento de las integrantes del grupo, generar confianza, compartir y clarificar las expectativas, conocer los objetivos generales y establecer reglas.	Explicar la técnica para la presentación y la importancia de la asistencia al grupo.
2*	UNA	Compartir y permitir grupalmente la descarga de emociones y sentimientos generados por la experiencia y como se perciben en relación al evento.	Revivenciar la experiencia y confrontar los objetivos y elementos relevantes en una puesta en común.
3*	UNA	Generar el inicio del proceso de desculpabilización grupal mediante la exposición de violación como problema social.	Exponer de forma didáctica sobre violación y utilizar lluvia de ideas.
4*	DOS	Identificar y elaborar corporal, afectiva y cognoscitivamente el enojo en general, identificando posibles conductas autoagresivas y de agresión al exterior.	Sensibilizar a través de fantasía guiada o técnica de SILLA VACÍA y exponer vivencias.

FASE INTERMEDIA

5*	DOS	Socializar y elaborar sentimientos y actitudes inculporatorias, confrontando la realidad con el DEBER SER personal y social, y, reestructurar nuevas ideas.	Inducir individualmente el darse cuenta corporalmente sobre sentimientos, ideas y actitudes por medio de la vivenciación o dramatización.
6*	UNA	Informar sobre conceptos generales en sexualidad, detectando cambios en la expresión de la misma a partir de la agresión sexual.	Sensibilizar a las usuarias a partir de una sesión informativa, explicativa y aclaratoria.
7*	UNA	Explorar la propia sexualidad confrontando y aclarando temores ante la misma, integrando positivamente ideas, actitudes y sentimientos frente a la propia sexualidad.	Trabajar en el AQUÍ Y AHORA en una dinámica vivencial donde visualicen su sexualidad actual.
8*	UNA	Revisar roles de género, valores y reglas aprendidas en la infancia que llevan a conflictuar la sexualidad después de la violación.	Revisar a partir de lluvia de ideas los conceptos manejados en torno a la sexualidad.
9*	UNA	Explorar vivencias, emociones, sentimientos y formas habituales de reaccionar ante diferentes situaciones para revalorar positivamente habilidades para sobrevivir.	Confrontar mediante agresión corporal el manejo del cuerpo y las reacciones habituales.

FASE FINAL

10*	DOS	Trabajar sentimientos de autoevaluación en las usuarias a partir de la agresión sexual, fortaleciendo aspectos positivos de su personalidad.	Explorar autoestima a través de fantasía guiada y trabajo para incrementarla.
11*	UNA	Conocer e identificar los conflictos revisando los elementos que lo originan para buscar su resolución.	Definir el conflicto, trabajando los propios en una dinámica de SALVAVIDAS.
12*	UNA	Conocer las dos formas de cambio: El buscado y el no buscado, enumerando los positivos y negativos a partir de experiencia a través de acciones concretas.	Explicar lo que es el CAMBIO y promover acciones concretas e identificarlas a partir de una dinámica de expectativas.
13*	UNA	Promover conductas asertivas que lleven a la usuaria a planear sus metas objetivas.	Reestructuración cognoscitiva de su vida a partir de técnicas de crecimiento.
14*	UNA	Despedir al grupo confrontando los avances obtenidos y las herramientas que se "llevan" para superar el evento. Promover la red de apoyo que brinda el grupo.	Despertar el interés de continuar a partir del cambio mediante la exposición de su despedida.

FUENTE: CENTRO DE TERAPIA DE APOYO A VÍCTIMAS DE DELITOS SEXUALES.

ANEXO 7

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

- Almanzu, M.J. de J. Trastorno por estrés posttraumático (TEPT): Abordaje integral y consideraciones psicoterapéuticas. Congreso: "Violencia: Hechos, alternativas y propuestas" Universidad Iberoamericana. Septiembre 1995, Vol.3 No. 3. p. 48.
- Alvarez, F.A. y Vazquez, V.E. "Violación sexual, una aproximación cognoscitiva: Redes semánticas" (1993) Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Arnold, S.K. (Ed): Victims of crime and violence. American Psychologist Association. Washington, 1984.
- Areti, L. (1997) "Secuelas que un acto de violación produce en la víctima" Artículo mecanografiado en el Centro de Terapia a Víctimas de Delitos Sexuales. Capacitación Interna.
- Arguelles, Z. "Psicodinamia de un grupo de sujetos sentenciados por el delito de violación" 1989. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Baumgardner, P. (1994) "Terapia gestalt: teoría y práctica" México: Arbol. México.
- Bellak, M.D.; Small, L.S.D. (1990) "Psicoterapia Breve y de Emergencia" México: Pax. México.
- Beauvoir, S. (1989) "El segundo sexo. Los hechos y los mitos" México: Alianza Editorial. México.
- Bedolla, M.P. "Violencia hacia las mujeres". (1989) Cuadernos de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. México.
- Bedolla, M.P.; Bustos, R.O.; Flores, P.F.; García, B.G. (Compils) (1989) "Estudios de género y feminismo I." México: Fontamara U.N.A.M. México.
- Beneke, T. "La violación y los hombres" (1984) Buenos Aires: Abril. México.
- Bleichmar, D.E. (1991) "El feminismo espontáneo de la histeria. Estudios de los trastornos narcisistas de la feminidad". España: Siglo Veintiuno México.

- ☐ Brownmiller, S. (1981) "Contra nuestra voluntad: Hombres, mujeres y violación" España: Planeta.
México.
- ☐ Brito de Martí, E. "Ciclo de violencia: del nacimiento a la muerte" REVISTA FEM No. 138. Año 18. Ago. 1994. P. 27.
- ☐ Burín, M.; Moncarz, E. y Velazquez, S. (1990) "El malestar de las mujeres. La tranquilidad revelada". Buenos Aires: Paidós.
- ☐ Burgess, A.W.; Holmstrom, L.L. Coping Behavior of the rape victim. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 133: 4. April, (1976) 413-418.
- ☐ Burgess, A.W.; Holmstrom, L.L. Rape: Sexual disruption and recovery. WOMEN'S PARTICULAR TREATMENT NEEDS (1988) (1) Vol.22 449-461.
- ☐ CAMVAC / CIDHAL (Comunicación Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina / Centro de Apoyo a Mujeres Violadas) "Carpeta de Información Básica para la Atención Solidaria y Feminista a Mujeres Violadas" México. 1985
- ☐ Chance, P. "Aprendizaje y Conducta" (1984) México: Manual Moderno.
- ☐ Chopra, D. "Como crear abundancia" (1995) México: Edvisión.
- ☐ Código Penal para el Distrito Federal en Materia del Fuero Común (1997).
- ☐ CONAPO (1982) "La educación de la sexualidad humana". México: CONAPO.
- ☐ Corst, J (1997) "Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social" México: Paidós.
- ☐ Cover Van Putten, D. (1995) Breve introducción al trastorno por estrés postraumático. Congreso: "Violencia: Hechos, alternativas y propuestas". Universidad Iberoamericana, Septiembre (1995), Vol. 3 Año 3. p. 32.
- ☐ Dalton, M. "Mujeres, Diosas y Musas" (1995) México: Colegio de México.
- ☐ Davis, G.C.; Breslau, N. Post-traumatic stress disorder in victims of civilian trauma and criminal violence. PSYCHIATRIC-CLINICS-OF-NORTH-AMERICA (1994) Jun. Vol. 17 (2) 289-299.
- ☐ Dowdeswell, J. (1987) "La violación; hablan las mujeres" Barcelona: Grijalbo.
- ☐ Doring, M.T. "El perfil del violador". Segundo coloquio sobre la sexualidad en México. REVISTA CASA DEL TIEMPO. Vol. VIII. No. 84 Abril 1989. Universidad Autónoma Metropolitana.
- ☐ Duarte, S.M.P. "Ayuda Breve y de emergencia: un modelo para todas" COVAC (1992). México.

- ▣ Duarte,S.M.P.;González,G. "La lucha contra la violencia de género en México: De Nairobi a Beijing 1985-1995" (1994) COVAC. México.
- ▣ Gonzalez,S.R. (1991) "Creación De Centros Para La Atención a Víctimas De Agresión Sexual" Manuscrito Inédito. Facultad de Psicología, Programa de Atención a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (PAVSAS).
- ▣ Eichenbaum,E.L.; Orbach,S. (1985) "¿Que quieren las mujeres?" Madrid: Revolución.
- ▣ Eidelberg,L. (1965) "Psicología de la violación" Buenos Aires: Paidós.
- ▣ Ferreira,G.B. (1996) "La mujer maltratada" México: Hermes.
- ▣ Harris,O.; Young,K. (1979) "Antropología y Feminismo" Barcelona: Anagrama.
- ▣ Hazelwood, R.R. Entrevista con las víctimas de violación para obtener información acerca del comportamiento del violador: La clave para la elaboración de perfiles. Departamento de Justicia de los Estados Unidos de Norteamérica. Unidad de Ciencias del Comportamiento . Academia de la FBI. Quantico, Virginia. 1993
- ▣ Hercovich,I. La mujer violada: Una voz que perturba. REVISTA FEM. Año 13. No. 82 Octubre 1989. p. 5.
- ▣ Holtz,V. Tena,A. El abuso sexual y su relación con los trastornos de alimentación. Congreso: "Violencia: Hechos, alternativas y propuestas". Universidad Iberoamericana, Septiembre (1995),Vol. 3 No. 3. p. 21.
- ▣ Holzman,C.G. Counselling adult women rape survivors: Issues of race, ethnicity, and class. WOMEN-AND-THERAPY. 1996. vOL. 19 (2) 47-62.
- ▣ Kepner, J.I. (1992) " Proceso corporal: Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia". México: Manual Moderno.
- ▣ Kolodny,R.C.;Masters,W,H. y Johnson,V,E.(1985) "Violación. Tratado de medicina sexual" Barcelona: Salvat Editores. pp. 319-335.
- ▣ Kort,E. "Secuelas emocionales a largo plazo en el Síndrome de Trauma por Violación" Tesis de Doctorado. Universidad Iberoamericana. Departamento de Psicología. 1990.
- ▣ Koss,M.P. Violence against women. THE WOMEN'S MENTAL HEALTH RESEARCH AGENDA. (1990), (45),3. 374-380.
- ▣ Kuffko,L.A. (1991) "La violación: Peritación Médico Legal en las Presuntas Víctimas del Delito" México: Trillas.
- ▣ Laborde,P.L. "Características del agresor sexual" Conferencia Interna. Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales. PGJDF. Octubre 1994.

- ☐ Lamas, M. La antropología feminista y la categoría de género. REVISTA DE C.S. NUEVA ANTROPOLOGIA. 8 (30), 173-198.
- ☐ Lee, E. Viviendo en el terror. REVISTA FEM. Año 18. No. 138. Agosto 1994. p. 26
- ☐ Loffredo, S. Consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres. REVISTA FEM Año 18. No. 138. Agosto 1994. p. 5.
- ☐ Manual de Atención a Víctimas del Delito (1996) Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.
- ☐ Martínez, S. "Estudios de los rasgos de la personalidad y las circunstancias bajo las cuales se comete el delito de violación" Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. 1988
- ☐ Masters, W.H.; Johnson, V.E.; Kolodny, R.C. "Sexualidad Humana" (1997). Tomo II, pp. 498-504.
- ☐ McCombie, S.L.; Bassok, E.; Savitz, R.; Pell, S. Development of a Medical Center Rape Crisis Intervention Program. WOMEN'S PARTICULAR TREATMENT NEEDS. 1990, (1), 12, 462-469.
- ☐ Meichenbaum, D. (1994) A Clinical Handbook/Practical Therapist Manual for Assessing and Treating Adults With Posttraumatic Stress Disorder. Ontario: Institute Press.
- ☐ Minkin, N.; Curtis, J.B.; Bonnie, L.M. The social validation and training of conversational skills. JOURNAL OF APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS. (1976) 9, 127-139.
- ☐ Muehlehard, Ch.L.; Harney, P.A. ; Jones J.M. From "Victim-precipitated rape" to "date rape": How far have we come? ANNUAL-REVIEW-OF-SEX-RESEARCH. 1992. Vol. 3. 219-253.
- ☐ Notman, M.T.; Nadelson, C.C. The rape victim: Psychodynamic Considerations. WOMEN'S PARTICULAR TREATMENT NEEDS, 1990, (1), 12, 470-481.
- ☐ Olvera, M. "La Violación: Un fenómeno con consecuencias biopsicosociales" Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. 1987.
- ☐ Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. (1991) "Tipología del violador". Documento Interno.
- ☐ Rogers, C. (1990) "Psicoterapia centrada en el cliente" México: Paidós.
- ☐ Salama, H. (1988) "El enfoque gestalt: Una psicoterapia humanista" México; Manual Moderno.
- ☐ Salama, H. (1996) "Gestalt de Persona a Persona" México: Instituto Mexicano de Psicoterapia Gestalt, S.C.
- ☐ Saucedo, J. Violencia Doméstica: Hecho y espacio de desestructuración de la subordinación de la mujer. REVISTA FEM. Año 17, No. 122, Abril 1993, p. 16-17.

- ☞ Skaikeu, K.A. (1992) "Intervención en crisis". México: Manual Moderno.
- ☞ Small, L. "Psicoterapias Breves" (1986) México: Gedisa S.A.
- ☞ Soria, M.A. ; Hernández, J.A. (1994) "El agresor sexual y la víctima" Barcelona; Macombo.
- ☞ Steward, D.E.; Robinson, G.E. Violence and women's health. HARVARD REVIEW OF PSYCHIATRY (1996), Vol 4, (1) May-Jun, 54-57.
- ☞ Sullivan, E.D. (1992) "Personas en Crisis". México: Pax.
- ☞ Sullivan, H.S. (1990) "La Entrevista Psiquiátrica". México: Siglo Veinte.
- ☞ Sulzer, B.; Azaroff, M.G. (1990) "Procedimientos de análisis conductual aplicado en niños y adolescentes" México: Trillas.
- ☞ Ungo, U.H. Del feminismo al enfoque de género. REVISTA FEM. Vol.124, Año 17. Jun. 1993. p.8.
- ☞ Valdemaro, A. Crimen contra las mujeres. REVISTA FEM. Vol.1, No. 4, 1977, México.
- ☞ Varios . (1975) Diccionario Médico. Barcelona: Teide.
- ☞ Yllan, R.B. "Trauma por violación" (1997) Conferencia Interna para capacitación. Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales.