

31961

1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

"VIOLENCIA SEXUAL: PREVENCION Y TRATAMIENTO"

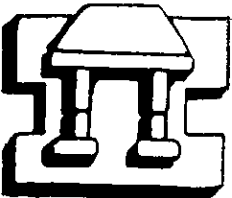
T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN MODIFICACION DE CONDUCTA
P R E S E N T A :
NORMA CONTRERAS GARCIA

DIRECTOR DE TESIS: DR. ARTURO SILVA RODRIGUEZ

SINODALES:

MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

MTRA. PATRICIA VALLADARES DE LA CRUZ



IZTACALA

TLALNEPANTLA DE BAZ, EDO. DE MEX.

SEPTIEMBRE 2001



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

IZTACALA

MAESTRÍA EN MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

TESIS

" VIOLENCIA SEXUAL: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO "

NORMA CONTRERAS GARCÍA

Director de Tesis

Dr. Arturo Silva Rodríguez

Sinodales

Mtro. Leonardo Reynoso Erazo

Mtra. Patricia Valladares de la Cruz

296284

AGRADECIMIENTOS

Para no olvidar a nadie, **GRACIAS** a todas y cada una de las personas que estuvieron, están y estarán cerca de mi apoyándome, motivándome, impulsándome y dándome un ejemplo de responsabilidad, perseverancia y gratitud ante la vida; gracias por lo que he recibido y que me ha permitido este logro en mi vida. Mil gracias a todos por compartir mi crecimiento como mujer, ciudadana, profesionista y ser humano.

Especialmente a ti.....

EN MEMORIA DE

MI QUERIDO CAMILÍN

ÍNDICE

PRÓLOGO	1
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1. - VIOLENCIA SEXUAL	9
1.1. Agresiones sexuales	11
1.2. Violencia Sexual en los Medios de Comunicación Social	12
1.3. Hostigamiento Sexual	13
1.4. Violencia o Maltrato Conyugal	14
1.5. Abuso Sexual al Menor	15
1.6. Incesto	16
1.7. Violación	17
1.8. Similitudes entre estos problemas de violencia sexual	17
CAPÍTULO 2. - INCIDENCIA DE LA VIOLENCIA SEXUAL	19
2.1. Violencia Sexual en la República Mexicana	19
CAPÍTULO 3. - PREVENCIÓN	28
3.1. Definición	28
3.2. Prevención Primaria	29
3.3. Prevención Secundaria	30
3.4. Prevención Terciaria	31
3.5. Limitaciones para la acción preventiva	33
3.6. Estudios e Investigaciones sobre Prevención en Violencia Sexual	35

CAPÍTULO 4. - INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	57
4.1 Elementos a considerar en la intervención psicológica	57
4.2. Análisis Conductual Aplicado (ACA) y Modificación de Conducta (MC)	67
4.2.1 Principios Básicos y Lineamientos Generales	67
4.2.2 Procedimiento General	74
4.3. Modificación de Conducta Cognitiva (MCC)	79
4.3.1 Principios Básicos y Lineamientos Generales	79
4.3.2 Procedimiento General	86
4.4. Aplicaciones a la Violencia Sexual de los Tratamientos Cognitivo Conductuales	92
4.5 Intervención en Crisis (IC)	105
4.5.1. Principios Básicos y Lineamientos Generales	105
4.5.2. Procedimiento General	111
4.5.3. Aplicaciones a la Violencia Sexual de la Intervención en Crisis	121
CAPÍTULO 5. - INVESTIGACIÓN DE CAMPO	126
5.1. Planteamiento del Problema	126
5.2. Preguntas de Investigación	126
5.3. Objetivos	127
5.4. Población	128
5.5. Materiales	128
5.6. Escenario	129
5.7. Instrumento	129
5.8. Procedimiento	130

CAPÍTULO 6.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN	132
CAPÍTULO 7.- PROPUESTA DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	172
7.1. Propuestas Preventivas	172
7.2. Propuestas de Intervención Psicológica	183
CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS	233
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	239
ANEXOS	252

PRÓLOGO

En 1998, se creó en la UNAM, FES Iztacala, el Programa Interdisciplinario para la Atención de la Violencia Sexual (PIAV) y Estudios de Género (PIEG) con un amplio y ambicioso proyecto que contiene los siguientes niveles:

1.- INVESTIGACIÓN

2.- DOCENCIA

3.- SERVICIOS

1.- INVESTIGACIÓN

Los objetivos del nivel de investigación son impulsar, dar a conocer y coordinar los diferentes proyectos que se desarrollan de acuerdo al trabajo realizado en los niveles de servicios y docencia, en temas relacionados con los Estudios de Género y la Violencia Sexual.

Los objetivos del proyecto de investigación sobre Violencia Sexual son: revisar, actualizar y generar información sistemática para evaluar el estado actual de la violencia sexual en México, vertida en cinco subniveles: a) Teórico Conceptual, b) Epidemiológico, c) Tratamientos a víctimas y victimarios, d) Prevención y e) Estudios sobre agresores sexuales.

Se investiga también: las características de las víctimas del asalto (factores de riesgo) y de los victimarios. Las consecuencias post-asalto a corto, mediano y largo plazo. La efectividad de los tratamientos aplicados en términos de su validez clínica y experimental, así como aquellas estrategias necesarias para la prevención y reducción de los altos índices de abuso sexual y violación.

2.- DOCENCIA

El trabajo docente tiene como objetivos fundamentales: el estudio, la reflexión y la transmisión de la problemática de violencia sexual y las relaciones entre los géneros; así como el análisis de la transformación del área de estudio, desde múltiples enfoques disciplinarios y distintas perspectivas teórico-metodológicas, a través de un proceso de aprendizaje crítico y continuo.

Se proporcionan asesorías de tesis y tesinas a nivel licenciatura sobre diversos temas de violencia sexual y estudios de género. Estas son dirigidas a estudiantes, pasantes, profesionistas de áreas de la salud e investigadores de diversas disciplinas.

También dentro de las actividades de apoyo a la docencia, se investiga, desarrolla y distribuyen materiales de apoyo para programas de intervención clínica y preventiva, a través de la elaboración de audiovisuales, antologías y manuales de consulta.

El trabajo docente en el nivel licenciatura se realiza a través de actividades curriculares en la Carrera de Psicología, Educación Especial y Rehabilitación, y en los Laboratorios de Psicología Aplicada y Experimental adscritos a éstas materias.

En otras áreas de estudios profesionales de la UNAM, FES Iztacala o Ciudad Universitaria, se realizan cursos curriculares a solicitud de las jefaturas de carrera.

3.- SERVICIOS

3.1.- Nivel Asistencial

Los objetivos centrales en el nivel de atención a la comunidad son:

A.- Proporcionar servicio psicoterapéutico integral y multidisciplinario, desde un enfoque de género, a las personas en estado de crisis emocional y a las supervivientes de violencia sexual.

B.- Estructurar la oferta de atención académica-asistencial de los servicios psicoterapéuticos (PIAV-PIEG), a otras áreas de atención psicológica y a los servicios médico-legal y de servicio social de la CUSI y de la Clínica de Psicología.

C.- Canalizar a la población que lo requiera a la red de servicios de las instituciones de atención pública con quienes se sostienen convenios.

3.1.1. Atención a Supervivencia de Violencia Sexual

La finalidad de las terapias de apoyo para las personas víctimas de violencia sexual es que éstas resuelvan la crisis provocada por el asalto, integrándolo a su estructura de vida y facilitar su disposición para enfrentar el futuro.

El objetivo de la terapia especializada para agresores sexuales es que el individuo busque alternativas personales y sociales readaptativas en su vida, que le permitan una reeducación de valores, actitudes y comportamientos para sí mismo y su medio ambiente social.

A través del Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV) se brinda:

- * Atención psicoterapéutica especializada a víctimas de violencia sexual (intervención en crisis, terapia de crisis y terapia cognitivo-conductual).
- * Atención psicológica a familiares
- * Atención psicológica especializada dirigida a los agresores sexuales.
- * Servicio de Trabajo Social
- * Atención Médica (dentro de la CUSI)
- * Asesoría Legal

Dirigido a personas víctimas de violencia sexual que han sufrido un ataque recientemente o que en algún momento de su vida hayan sido víctimas de ataques sexuales como son: agresiones físicas y verbales de contenido sexual, hostigamiento sexual, abuso sexual infantil, incesto, maltrato doméstico, tentativa de violación o violación.

3.2. Nivel de Información

Los objetivos son informar, concientizar y promover el reconocimiento real del problema a la violencia sexual y la cultura de género y elevar el grado de conciencia, compromiso y participación de la ciudadanía, ante su responsabilidad de prevenir y brindar apoyo a la población en riesgo o que han sido victimizadas.

Se imparten conferencias en foros sobre violencia sexual y estudios de género. Van dirigidas a instituciones y empresas desde el nivel preescolar hasta universidades, en clínicas, hospitales, centros escolares y empresas públicas y privadas, a grupos de familias y profesionistas de diversas disciplinas. Se participa continuamente en eventos académicos, científicos, socio-culturales entre otros, para difundir las investigaciones y servicios del PIAV y el PIEG.

3.3. Nivel de Formación

Los objetivos son promover conocimientos y habilidades a profesionistas para que beneficien y protejan a sus comunidades de la violencia sexual, ofreciendo un servicio capacitado y sensible. Se imparten Talleres y Cursos de formación, capacitación, actualización y sensibilización a personal de instituciones públicas y privadas, respecto a la problemática de violencia sexual y estudios de género, entre ellos se encuentran:

A.- Cursos

a.- Manejo Terapéutico a Personas que han vivido situaciones de Violencia Sexual.

b.- Sensibilización para profesionistas que están en contacto con la población.

c.- Funcionamiento del PIAV

d.- Género y Desarrollo Humano y Crecimiento Personal

B.- Talleres Preventivos

a.- Talleres para la prevención del abuso sexual infantil

b.- Talleres para la prevención de violencia sexual en adolescentes

c.- Talleres para la prevención de violencia sexual en adultos

d.- Talleres para la seguridad infantil y en adolescentes

Los objetivos son que a partir de la aplicación o impartición de estos talleres preventivos, las personas que los reciben puedan reconocer y manejar exitosamente situaciones potenciales de violencia sexual (abuso sexual al menor, incesto, hostigamiento sexual y violación entre otras). Aumentar las habilidades de la población para prevenir y reducir los índices de violencia sexual a corto, mediano y largo plazo. Brindar a la población asistente la oportunidad de hablar y contar situaciones de violencia sexual que hayan vivido o estén viviendo y pedir ayuda. Se imparten dichos talleres para la prevención a través de técnicas de dinámica grupal y apoyos audiovisuales.

3.4 Centro de Documentación

Los objetivos son ofrecer a los interesados en el tema (estudiantes y profesionistas), materiales de consulta teórica y aplicada, para dirigir su ejercicio profesional o complementar y fundamentar sus investigaciones, así como proporcionar material de apoyo para foros de debate (películas) que difundan o describan la situación real de la violencia sexual en nuestro país y las formas de intervención.

Se cuenta con un centro de documentación con materiales especializados como artículos bibliográficos nacionales y extranjeros, libros, películas, artículos periodísticos y tesis; sobre temas de violencia sexual y estudios de género.

Han sido muchos los logros o alcances de este proyecto desde 1988, tesis, talleres, cursos, investigaciones y enlace con otras instituciones. La Mtra. Patricia Valladares de la Cruz es la responsable del Proyecto de Violencia Sexual (PIAV) y la Mtra. Guadalupe Hernández Cortés la responsable de los Estudios de Género (PIEG).

La presente investigación, es parte del Proyecto de Violencia Sexual y es la continuación de la tesis de licenciatura sobre Análisis de la Violación Sexual en México (Contreras, 1990), abarcando ahora la prevención y el tratamiento psicológico, que implica una integración de 12 años de trabajo dentro del PIAV como psicoterapeuta e investigadora.

INTRODUCCIÓN

La violencia sexual es un problema de salud pública, que compete a investigadores, autoridades, gobernantes, profesionistas, padres y comunidad en general, pero no sólo para hablar de ello, sino para hacer algo al respecto, por lo que los objetivos del presente trabajo son:

A nivel teórico: Realizar una revisión teórica sobre los conceptos de violencia sexual; las formas de prevención e investigaciones en la violencia sexual; los enfoques psicológicos cognitivos, conductuales y de intervención en crisis y sus aplicaciones en la violencia sexual.

A nivel práctico: Aplicar un instrumento de evaluación sobre violencia sexual a personas que han solicitado el servicio psicológico en el Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV). Realizar una descripción en frecuencias y porcentajes de las características de la violencia sexual de los casos en base al instrumento aplicado. De acuerdo con los resultados obtenidos, realizar propuestas preventivas para el diseño de estrategias a corto, mediano y largo plazo a nivel individual y grupal y proponer estrategias clínicas de tratamiento psicológico e integral a nivel individual, grupal y familiar.

En el capítulo uno, se realizó una revisión de los conceptos principales de violencia sexual, su definición y características que los distinguen, así como las similitudes entre estos problemas.

En el capítulo dos, se presenta la incidencia de la violencia sexual en México, los datos reportados por la Procuraduría General de Justicia de la República Mexicana, investigaciones independientes y Centros de Apoyo a la Violencia Sexual.

En el capítulo tres, se abordó la Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria, así como las investigaciones realizadas sobre violencia sexual, sus contenidos y los resultados más relevantes.

En el capítulo cuatro, se revisaron tres formas de intervención psicológica, comenzando por las consideraciones generales: el Análisis Conductual Aplicado y Modificación de Conducta; la Modificación de Conducta Cognitiva, las aplicaciones en la violencia sexual; así como la Intervención en Crisis como una aportación y aplicación en víctimas de violencia sexual, de estos tres enfoque principales, se revisaron sus principios básicos y lineamientos generales, así como el procedimiento general a seguir en la intervención.

En el capítulo cinco, se presenta la investigación de campo en la cual se describe el planteamiento del problema, las preguntas de investigación, objetivos, población, materiales, escenario, instrumento y procedimiento que se siguió.

En el capítulo seis, se presentan los resultados obtenidos y la discusión de estos resultados, así como las implicaciones para las propuestas.

El capítulo siete, se presentan las propuestas preventivas y estrategias de intervención psicológica a partir de los resultados y de la experiencia que se ha tenido en el PIAV.

Por último, en el capítulo ocho se presentan las conclusiones del trabajo realizado, subrayando el papel del psicólogo y/o modificador de conducta, los límites y alcances en la realización de este trabajo, en la intervención psicológica y en la prevención de la violencia sexual, así como las consideraciones personales sobre los cambios a nivel socio-cultural que se requieren para poder reducir en lo posible este problema de salud pública en nuestro país.

CAPÍTULO 1. VIOLENCIA SEXUAL

La violencia es la acción contra el natural modo de proceder que se dirige de una persona a otra, a un animal o un objeto; esta acción no es característica de los tiempos modernos, ya que ha existido desde los inicios de la humanidad.

Muchos son los estudios antropológicos que han tratado de dar explicaciones del comportamiento humano ante diferentes situaciones desde la aparición del ser humano sobre la Tierra. Se ha considerado según estos estudios, que en épocas muy primitivas el ser humano respondía instintivamente a los estímulos del ambiente, por lo que así se describía su comportamiento salvaje y violento, considerándolo como reacción original de la naturaleza humana para protegerse del medio (Rattner 1966).

Posteriormente se comenzó a investigar más sobre esto y se encontró que el ser humano reaccionaba con violencia (fuerza y arrebató) ante aquellas situaciones que le provocaban angustia, temor, miedo o bien amenazaban su vida, pero aún así se consideraban estas reacciones como naturales en el humano.

Dichos comportamientos violentos se relacionaban con su lucha por la supervivencia en el ambiente amenazador y principalmente contra animales, ya que no contaban con herramientas y armas de defensa adecuadas.

La violencia manifestada ante situaciones de amenaza responden a un contexto histórico y social muy particular, de lo cual se desprende que la violencia no es una conducta inherente al ser humano, sino que fue una primer forma de enfrentar el medio.

El ser humano desde aquellas épocas vive inmerso en una sociedad determinada, ya que así lo describen los códices, pinturas o restos fósiles (Masters, Johnson y Kolodny 1987). Su forma de convivir en sociedad era muy particular pero es de alguna manera la representación del tipo de sociedad actual (clanes, comunas, familias o colonias), y esta relación en sociedad fue determinando pautas de comportamiento y a partir de estas pautas, y el proceso de transformación de esa sociedad, el ser humano ha

aprendido a reaccionar de forma violenta ante situaciones que amenazan su vida, que le infunden temor, angustia, miedo, ira, inseguridad y frustración, a los que se les denominaron mecanismos de defensa psíquicos que controlan esos impulsos o reacciones "instintivas", lo que Sigmund Freud denominó posteriormente Instinto de Vida "Eros" e Instinto de Muerte "Tánatos" (Marchiori 1985).

Hace ya más de tres siglos que los pensadores consideraron que el ser humano actúa voluntariamente porque sus acciones parecían provenir del alma (lo que lo diferenciaba de los animales). Posteriormente el concepto de alma se sustituyó por el de mente y así se comenzaron a dar más explicaciones al comportamiento violento del ser humano, a contextualizar su conducta incluyéndola en una situación socio-histórica precisa; describiendo que el hombre no solo actúa con violencia bajo las circunstancias antes descritas, sino que aprende a obtener el control de personas, situaciones o cosas utilizando dicha violencia en diferentes grados (Keller, 1975).

Hoy en día, el comportamiento humano es descrito como un complejo proceso de interacción entre aquellas respuestas "instintivas" y las que dependen de la historia interconductual con otros seres humanos y la naturaleza, e incluso se ha llegado a afirmar que esas respuestas instintivas ya traen consigo una carga de experiencias interconductuales e histórico culturales heredadas de generaciones anteriores, (Keller 1975). Ahora se ha utilizado el concepto de razón o razonamiento y conciencia a lo que hace al ser humano reaccionar a voluntad ante situaciones adversas, encontrando un equilibrio entre lo instintivo y lo aprendido (Dolto, 1974).

Así, se describe el comportamiento violento como una herencia que fue transmitida de generación en generación para la supervivencia a través del dominio de la naturaleza, también como el resultado de un proceso de razonamiento por medio del cual el ser humano tiene la capacidad de decidir cuales acciones o reacciones son adecuadas o inadecuadas (inteligencia emocional) dependiendo del contexto socio-cultural al que pertenece, así como de su propia historia interconductual.

Pero existen aquellas reacciones o comportamientos de violencia que parecen no tener un fundamento en la defensa de la vida o ante situaciones que amenazan su vida , pero que tienen un fundamento socio-cultural como

forma de control del comportamiento de otros, a través de la represión generada por el mal uso del poder, y nos referimos a la Violencia Sexual que sufren niños, niñas, ancianos, minusválidos, hombres, pero sobre todo mujeres.

La violencia sexual es entendida para efectos de este estudio, como el continuo de agresiones físicas y/o verbales de contenido sexual, abuso sexual al menor, hostigamiento sexual en ambientes laborales y escolares, violencia doméstica, incesto y finalmente la violación (Bedolla, 1988). A continuación se dará una descripción de éstos para poder fundamentar el estudio que se realizó.

1.1. Agresiones sexuales

Significa el acto o comportamiento sexual contrario al derecho de otro. Es el primer grado de violencia sexual que podría ir en un continuo de agresiones o bien presentarse por aislado en situaciones diferentes, estas agresiones se dividen en:

a) Agresiones verbales de contenido sexual: piropos obscenos, bromas y comentarios sexuales, insinuaciones o proposiciones directas de tener contacto sexual, sarcasmos, insultos, gritos, alburas y expresiones verbales de contenido sexual no deseados, (Anderson, 1989 y Bedolla, 1986).

b) Agresiones físicas de contenido sexual: señas, gestos, miradas lascivas, rozamientos, frotamientos, nalgadas, pellizcos, manoseo, abrazos y besos no deseados (García y Anderson, 1989).

Sus características son: provocan malestar e incomodidad a quien las recibe, no atenta contra la vida pero sí contra la integridad personal; es principalmente de hombres hacia mujeres, ocurre comúnmente a las mujeres en la calle, transporte público, escuela, centro laboral y hogar; puede formar parte de otras formas de violencia sexual o bien presentarse aisladamente; pero siendo un problema que se sufre cotidianamente y es visto como algo normal por la sociedad, reforzado por los medios de comunicación social (Bedolla y García 1986; Barranco, 1987 y Valladares 1989a).

1.2. Violencia sexual por los medios de comunicación social

Es la subordinación y discriminación hacia las personas que no entran en el modelo de hombre, burgués, joven y sano, mujer rubia, alta, delgada y bien formada, que prevalece en las distintas sociedades en mayor o menor grado, y se encuentra estrechamente ligada a la ideología sexista que es transmitida, promovida y perpetuada por las diferentes instancias de socialización, dentro de las cuales los medios de comunicación masiva juegan un papel muy importante, como es el cine, la televisión, el radio, las revistas, libros, periódicos, videos y publicidad en general (Bustos, 1987).

Esta violencia sexual por los medio de comunicación se manifiesta en los mensajes transmitidos hacia la población y tienen un alcance e impacto considerable en amplios sectores, reforzando la imagen de la mujer como de segunda categoría, débil, sumisa, dependiente, coqueta, inasertiva; así también como objeto sexual para los hombres, un objeto de consumo y derecho de compra-venta, un cuerpo para otros (Bustos, 1987; Valladares 1989a). Al mismo tiempo refuerzan el sexismo (discriminación y roles sexuales tradicionales rígidos), fomentan los mitos sobre la violación como es el caso de la pornografía violenta, donde finalmente la mujer goza de la violencia y el ultraje a su dignidad como ser humano (González 1987).

Algunas autoras han considerado que la pornografía es la teoría y la violación la práctica, entendiendo que la pornografía violenta e infantil no solo es vista en las películas especiales de relaciones sexogenitales, sino también en la publicidad, las telenovelas, libros, revistas, letras de las canciones entre otras.

Los medios de comunicación refuerzan los estereotipos tradicionales en los que el concepto de mujer es entendido como: coqueta, en casa, esposa, madre, sentimental, dependiente, frágil, sumisa, pasiva, objeto de placer, inasertiva, tonta, solo un cuerpo que usar. El concepto de hombre como: fuerte, varonil, valiente, agresivo, autoritario, independiente, creativo, inteligente, poderoso y emprendedor; lo que fomenta que la mujer, niños, ancianos y minusválidos sigan siendo objeto del sometimiento, manipulación y control (Bustos, 1987).

Sus características son: Es un ataque directo a la integridad de la persona (mujer) que es recibido por toda la población; hacen ver a la violencia como algo natural y necesario para mantener a la gente en su lugar (Barranco, 1987); fomentan la actitud de ver a la mujer como objeto de placer y sujeto de segunda categoría (Valladares, 1989a); mantienen a la mujer en su rol de esposa, ama de casa y madre, pues eso es lo único que las hace mujeres (Bustos, 1987); provoca mayor discriminación y humillación hacia la mujer agrediéndola de diversas formas como una manera de que siga siendo "inferior"; fomentan el silencio ante la injusticia y los mitos acerca de la violación como el que ella lo provoca, se lo busco o debe ser seductora y después no arrepentirse (Raisbaum 1986; Medina-Pichardo 1982, citados en Bustos 1987).

1.3. Hostigamiento Sexual

Se describe como la imposición no deseada de conductas físicas y/o verbales de naturaleza sexual, en el contexto de una relación desigual de poder, este último derivado de la posibilidad de dar beneficios o imponer privaciones (Bedolla, 1988). Son requerimientos sexuales impuestos por una persona en posición jerárquica de poder superior a la otra mediante la violencia moral (amenaza) para obtener un derecho o dejar de gozar de ese derecho (Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

Sus características son: Existe inconformidad o molestia asociada a consecuencias positivas o negativas hacia quien recibe la imposición; no existe un beneficio recíproco; se utiliza la violencia moral; atenta contra la integridad personal; no se hace uso comúnmente de la fuerza física; existe una desigualdad de poder; ocurre generalmente a mujeres en centros laborales o escolares; se puede presentar un simple encuentro o una serie de incidentes repetidos por el mismo o por otros; lleva un continuo que puede llegar a la violación; su duración en tiempo puede ser de una ocasión a un hostigamiento por años; generalmente el hostigador es conocido de la mujer hostigada, el malestar está asociado a que haga lo que haga las consecuencias negativas se encontrarán en cualquier elección (Bedolla y García 1986).

1.4. Violencia o Maltrato Conyugal

Es el conjunto de agresiones verbales, físicas psicológicas y sexuales que recibe una persona por parte de su cónyuge dentro del hogar. El maltrato doméstico es un crimen que afecta a gran número de mujeres y es el delito menos denunciado a las autoridades. La violencia doméstica es un problema social y de salud pública grave que provoca serias consecuencias físicas (lesiones, heridas, hospitalizaciones y hasta la muerte), psicológicas (baja autoestima, depresión, aislamiento o culpa) y sociales. Las agresiones verbales y físicas en la mayoría de los casos se repiten periódicamente, lo que se conoce como ciclo de violencia (Cantrell, 1986 citado en Barranco, 1987).

Sus características son: ocurre comúnmente a mujeres, aunque también los hombres y los hijos reciben maltrato por parte de los padres o tutores (Barranco 1987); atenta contra la vida y la integridad corporal, teniendo consecuencias físicas, psicológicas y sociales graves para ellos y su familia (Contenido, 1977), puede tener duración de semanas, meses o años. Se encuentra en un ciclo de violencia el cual es:

FASE DE TENSION (1)

FASE DE ARREPENTIMIENTO (3)
Y RECONCILIACIÓN

FASE DE AGRESIÓN (2)
(EXPLOSIÓN FÍSICA O VERBAL)

1.- **Fase de Tensión:** En esta fase se incluyen las peleas o riñas por incidentes sin importancia que van aumentando, se van buscando pretextos para pelear. Reacciones negativas ante lo que el agresor siente como fracaso, episodios de violencia hacia el detalle menor, incluyen pequeñas agresiones físicas, verbales o sexuales.

2.- **Fase de Agresión:** Es en este momento donde la mujer o el hombre (cónyuge) recibe los insultos, críticas destructivas, golpes, puñetazos, patadas, heridas con diferentes instrumentos, forcejeos para tener contacto sexual, agresión a su cuerpo o su sexualidad, hasta llegar a la violación. Esta fase es corta en duración de tiempo en comparación con las otras dos.

3.- Fase de Arrepentimiento y reconciliación: En esta fase el cónyuge muestra arrepentimiento asegurando que nunca más se repetirán las escenas violentas, pide perdón, se comporta cariñoso y se da la reconciliación entre ambos. Al paso del tiempo se inicia un nuevo ciclo (Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica A. C., 1989).

Las fases varían en duración y severidad entre las distintas parejas y en ocasiones varían también dentro de la misma relación (Canntrell, 1986, citado en Barranco 1987), en la fase de agresión los golpes o lesiones podrían ir en aumento en cada nuevo ciclo de violencia y llegar a hospitalizaciones o la muerte (Contenido, 1977); después de tiempo y ciclos de violencia se ha observado que la fase tres desaparece y solo existen las dos primeras, argumentando el agresor que se lo merece (Canntrell, 1986, citado en Barranco, 1987).

1.5. Abuso Sexual al Menor

Es el contacto sexual de un adulto con un menor (de cualquier sexo) que incluye la masturbación mutua, el contacto manual u oral genital, la manipulación genital y la exhibición de genitales del abusador y/o la víctima. También tendrá carácter de abuso si la relación que se establece implica una coerción de tipo afectiva más que de fuerza física (Alcántara, 1989).

El Centro de Apoyo a Personas Violadas A. C (CAMVAC) lo describe así: "el abuso sexual...es el intento de un adulto de satisfacer sus necesidades emocionales, físicas y sexuales a través de un menor. El sexo es usualmente el instrumento o modo que se utiliza para satisfacer sus necesidades", (CAMVAC, 1985 pág. 33 y 34).

Kempe y Kempe (1985) lo definen como la implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en su desarrollo psicosexual en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales no pueden dar su consentimiento informado, dejando a un individuo que ha sido abusado en un estado de crisis emocional, además del daño físico, el señalamiento social y la consiguiente alteración en otros ámbitos de su vida, es decir, un ataque a su integridad a corto, mediano y largo plazo.

Sus características son: Generalmente no involucra el coito (penetración del pene a la vagina o al ano), manipulación de genitales y masturbación mutua (Finkelhor, 1989); sólo se produce satisfacción de una de las partes generalmente; en su mayoría es un adulto (hombre) con un infante (de cualquier sexo) o que le lleve por lo menor 5 años de diferencia; se hace uso de la autoridad, el soborno, la coerción y el engaño, estableciéndose una relación de poder adulto infante (Alcántara, 1989); no amenaza su vida pero si su integridad personal, existe generalmente una relación cercana entre el ofensor y la víctima; no se tiene que recurrir a la fuerza física; los incidentes del abuso sexual se dan en repetidas ocasiones por el mismo ofensor (Finkelhor, 1989), puede existir por parte del menor una búsqueda de atención, afecto y obtención de beneficios como juguetes, dulces o dinero, por lo que el menor participa "voluntariamente" por medio del engaño o soborno y porque su madurez psicosexual no le permite tener un consentimiento informado (Alcántara, 1989).

1.6. Incesto

Es la relación sexual entre miembros de la familia e incluye al padre, al hermano o hermana, a los tíos o tías, primos y también a los abuelos (Masters, Johnson y Kolodny, 1987). También se considera como una prohibición cultural del establecimiento de relaciones de carácter sexual entre miembros familiares, aún entre aquellos que los son por lazos de adopción o padrastrós, es decir que haya lazos de parentesco incluyendo aquellos de la familia inmediata y mediata (Finkelhor, 1989 y Alcántara, 1989). En este trabajo nos referiremos principalmente a las relaciones adulto-infante o adolescente.

Sus características son: es privativo del grupo familiar; no se hace uso comúnmente de la fuerza física, sino del engaño de que es algo normal o común; existe una relación de poder entre victimario-víctima; atenta contra la integridad personal, así como al descubrirse trae como consecuencia el rompimiento del vínculo familiar o desintegración de ésta; podría existir mutua masturbación, contacto manual y oral genital, exhibición de genitales, proposiciones de carácter sexual y el coito (Finkelhor, 1989).

Puede presentarse por parte de la víctima búsqueda de afecto y atención que sólo así lo conseguiría; se puede considerar al incesto como una forma de abuso sexual, así como llegar a la violación incestuosa (Alcántara, 1989; Masters y cols, 1987).

1.7. Violación

Significa disponer sexualmente de una persona por medio de la fuerza física, la amenaza, la intimidación, el engaño y el abuso de confianza (Contreras, 1990); así mismo se considera como el acto por medio del cual una persona dispone sexualmente de otra sin su consentimiento, haciendo uso de la fuerza física, la intimidación o el engaño (Bedolla, 1988), así como el uso de coerción o amenazas (Kilpatrick, Veronen y Resick 1985).

Sus características son: el uso de la fuerza física y/o moral; manejo de poder por parte del agresor (CAMVAC, 1985); daño a la vida y la integridad personal (González, 1988); el agresor no siempre es conocido por la víctima (CAMVAC, 1985); se da generalmente una sola vez por el mismo agresor o en repetidas ocasiones por el mismo (Finkelhor, 1989); la consumación del coito se da por temor, angustia e impotencia, más que por participación "voluntaria" (Bedolla, 1988); el agresor es hombre y generalmente mayor que la víctima, el índice de ocurrencia es mayor en mujeres (de cualquier edad) vía vaginal; el atacante puede ser uno, dos o más (Tocaven, 1989).

1.8. Similitudes entre estos problemas de violencia sexual

- * Todos estos problemas están dentro de la Violencia Sexual.
- * Traen consecuencias psicológicas graves, ya que atentan contra la integridad de la persona; integridad entendida como el conjunto de elementos físicos, cognitivos, emocionales y sociales que convergen en la vida de un ser humano para un sano desarrollo.

- * Involucra un ataque directo o indirecto a la intimidad y/o sexualidad de la víctima.
- * Existe en todos un manejo (y desigualdad) de poder en sus diferentes manifestaciones y matices.
- * Son producto de la sociedad patriarcal donde niños(as), ancianos(as) y sobre todo mujeres son generalmente las víctimas.
- * Los agresores son generalmente hombres y conocidos de las víctimas.
- * No es siempre un ataque de tipo sexual, pero en todos los casos la sexualidad de la víctima es utilizada para lograr sus fines.
- * Sus índices de ocurrencia son muy elevados, aunque pocos son los denunciados en cualquiera de éstos.
- * Cualquiera de estos problemas de violencia sexual se presentan en todas las edades, clases sociales, religiosas, ocupaciones, estado civil y características físicas.
- * Alrededor de cualquiera de estos problemas existen mitos que son mantenidos por la población para justificar y/o culpabilizar a la víctima o bien para reducir el impacto emocional que crea en cada persona.

Lo anterior nos permite conocer cuales son los conceptos o problemas que involucra la violencia sexual, para poder ubicar en cada situación de prevención o de atención psicológica a qué nos estamos refiriendo exactamente y a continuación revisaremos su incidencia.

CAPÍTULO 2. INCIDENCIA DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Una vez definidos los conceptos o problemas que involucra la violencia sexual, en este capítulo se presentarán los índices estadísticos de los problemas de violencia sexual denominados delitos sexuales, dentro de los cuales se verán de manera global y general, se presentarán algunas cifras tanto de la Procuraduría General de Justicia de la República Mexicana como de algunos Centros de Atención a la Violencia Sexual gubernamentales y no gubernamentales.

2.1. Incidencia de la Violencia Sexual en la República Mexicana

Un grave problema al que se enfrentan los estudios en violencia sexual es el que concierne a la Incidencia, ya que los datos estadísticos en su mayoría son estimaciones o deducciones sin fundamento claro, no habiendo suficientes datos fidedignos que sustenten la frecuencia y prevalencia de la problemática de la violencia sexual en México; debido a que estos datos son principalmente los que se derivan de los Ministerios Públicos en base a denuncias, existiendo lo que se conoce como cifra negra que son las víctimas que no denuncian o no acuden a ningún centro de atención psicológica por diversas causas como son:

- 1.- Miedo hacia el agresor por las amenazas o creencia de que les volverán a hacer daño si denuncian.
- 2.- Por no enfrentarse a las agresiones y trato morboso que reciben del sector policiaco (Médicos legistas, Agentes del Ministerio Público y Policías Judiciales).
- 3.- Miedo al desprestigio, crítica o rechazo familiar o social.
- 4.- Desconocimiento de los derechos constitucionales y del procedimiento penal.

5.- Creencia de que nunca lo encontrarán o no lo encarcelarán y no tiene caso entonces denunciar.

6.- Miedo a que se enteren de su vida íntima anterior al ataque.

7.- Miedo a que el violador salga pronto y se vengue de la víctima o su familia.

8.- Mitos que existen en torno a la violación (mujer provocadora, por salir sola de noche, por vestir de tal o cual forma), lo que provoca que la víctima crea que la culparán de lo que ocurrió y es mejor no decirlo.

9.- Al estado emocional tan grave en que se encuentra la víctima después del ataque.

10.- Desconocimiento de los lugares a donde puede asistir ya sea para denuncia legal o para recibir atención psicológica

11 - Creencia de altos costos en el tratamiento psicológico y desconocimiento de que se puede recibir psicoterapia sin la necesidad de denunciar legalmente.

12.- Preocupación por la opinión de los demás y el rechazo, crítica o agresión de parte de la población al creer que su problema se hará público.

13.- A la negación de la familia a denunciar por cuestiones moralistas o bien porque el agresor es de la familia y se hará un "escándalo" y en muchas ocasiones es el sustento económico de ésta (padre, tío, abuelo, cuñado u otro) (Valladares 1989a; Ortiz y Santillán 1984; Lagarde 1989; González 1989).

Otra dificultad que se presenta en los datos estadísticos que están concentrados en la Procuraduría General de la República y Procuradurías de cada Estado de la República Mexicana, es que aquellos actos que no cumplan con la definición de cópula o no se presenten las pruebas suficientes para considerarse el delito, no son computarizados y son cuantificados en otros delitos como lesiones, asalto, robo, allanamiento de morada, raptó, atentados al pudor, actos libidinosos o corrupción de menores.

Algunos casos de violación que terminan en homicidio se clasifican en esta última y la violación no entra en los datos estadísticos: así también se cuantifican las consignaciones, mientras que aquellos casos donde el agresor no se encontró o no es detenido no se reportan o no se toman en cuenta.

Ahora bien, para abordar la incidencia de la violación, se mencionarán primeramente aquellas estimaciones sin datos sistemáticos y ordenados para posteriormente ofrecer investigaciones más fundamentadas.

Se habla de que cada veinte, diez o siete minutos ocurre una violación en el país, y se argumenta que sólo una de cada tres, cinco o siete violaciones se denuncian (Valladares, 1989a).

Se ha dicho que en el Distrito Federal ocurrieron diez mil violaciones en 1977, y en todo el país cerca de ochenta mil violaciones anuales (Ruiz Harrel, 1977). En el Centro de Apoyo a Mujeres Violadas A. C. (CAMVAC), se mencionó que en 1985 ocurrieron aproximadamente veinte mil violaciones tan solo en el Distrito Federal (CAMVAC 1985).

Umbral y Valdés (1987) encontraron de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística; Geografía e Informática (INEGI) que en 1985 se estimaban ochenta mil violaciones anuales en el país. Alcántara (1989) encontró que ocurren anualmente cerca de veinte mil violaciones en el Distrito Federal (D. F) y ciento sesenta mil en toda la República Mexicana.

En 1988 la violación ocupaba el tercer lugar en los delitos de seguridad pública; siendo el robo el primero y las lesiones el segundo.

Ahora bien, los estudios e investigaciones formales que ofrecen información más confiable y ordenada y que apoyan las estimaciones descritas anteriormente, se citarán en orden de las más remotas a las más recientes; tomando en cuenta que la información obtenida en su mayoría pertenece al Distrito Federal y Estado de México; no se hará un desglose de las características específicas de los delitos, sólo se tomarán los datos globales.

Es importante tener presente el estudio de Ruiz Harrel en 1977, el cual sostiene que sólo el 5% de las violaciones son denunciadas a la policía.

En los datos de la procuraduría General de Justicia del D. F., el promedio anual de 1926 a 1966 fue de 865 casos de violación y 1675 casos de estupro y rapto, también se reportó que el promedio anual de violaciones de 1965 a 1975 fue de 1720 y 2157 casos de estupro y rapto (Lima, 1989).

Martínez (1981) encontró que en 1980 en la República Mexicana: a) tres mil mujeres murieron a consecuencia de lesiones provocadas por violencia ejercida durante la violación; b) 75% de las mujeres violadas fueron golpeadas previamente, c) 71% de las violaciones fueron cometidas por dos o más hombres, d) una de cada diez violaciones fueron denunciadas y e) existió un planeamiento previo en la mayoría.

Lima (1989) reportó que en 1984 de Enero a Junio se reportaron 380 casos de delitos sexuales (lo que equivaldría en conversión a 7600 casos). El 56% correspondieron a violaciones; 95% fueron mujeres; 4.47% hombres; edad promedio de la víctima es de 15 años; 49% realizaron denuncia dentro de las 24 horas siguientes al ataque y 11% fueron violaciones tumultuarias.

De Febrero a Julio de 1989, se reportaron en la Agencia Especializada en Delitos Sexuales (Delegación Miguel Hidalgo), 317 casos (que equivaldrían a 6340), dentro de los cuales el 60.8% correspondieron a violaciones; 95% fueron mujeres las víctimas; 5% hombres; edad promedio de la víctima 15 años; 45% realizaron denuncia dentro de las 24 horas siguientes al ataque; 21.5% de los violadores conocían a su víctima; 48.5% sucedieron en el hogar de la víctima.

Los siguientes datos estadísticos que se presentarán fueron tomados de diferentes fuentes como son: La Dirección General de Averiguaciones Previas del D. F., Becerra (1956); Serratos (1989); Alcántara (1989); Anuario Estadístico de la Procuraduría General de Justicia (1989). Delitos Sexuales reportados de 1943 a 1990: 1943 (90), 1944 (55), 1945 (57), 1946 (53), 1947 (70), 1948 (68), 1949 (58), 1950 (51), 1951 (50), 1952 (68), 1953 (130), 1970 (1569), 1975 (2368), 1981 (1133), 1983 (1515), 1984 (1492), 1985 (1499), 1986 (1563), 1987 (1367), 1988 (2023), 1989 (2264), 1990 (2954).

Dentro del Estado de México, se reportan de 1984 a 1990 los siguientes datos de delitos sexuales cometidos a hombres y mujeres: 1984: 562 en mujeres (m) y 84 en hombres(h); 1985: 672 (m) y 73 (h); 1986: 731 (m) y 92 (h), 1987: 1045 (m) y 802 (h); 1988: 821 (m) y 99 (h); 1989: 2932 (m) y 79 (h) y 1990: 3422 (m) y 106 (h), Tomado de Islas (1989).

Respecto a las investigaciones independientes sobre violación y otros delitos sexuales, se encuentra la realizada por el Centro de Apoyo a Mujeres Violadas A. C. (CAMVAC) en 1985, en donde se proporcionó atención a 200 casos entre agosto de 1981 y agosto de 1985 en el D. F. y área metropolitana, los cuales no levantaron denuncia legal en su mayoría. Otra investigación independiente es la realizada por el Dr. Roberto Tocaven de Febrero a Julio de 1988, basada en 317 casos reportados a la policía.

Según datos proporcionados por la Unidad de Comunicación Social de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal en el mes de mayo de 1994, el promedio de denuncias por violaciones durante 1993 fue de 1222.52, si tomamos en cuenta que fuera solo el 5%, equivaldría a 24450.4.

De la Garza y cols. (1995) mencionan que el abuso sexual en menores es reconocido como un grave problema social que afecta a todas las sociedades urbanas modernas, y que los estudios más sobresalientes con respecto a este tópico se han realizado en los Estados Unidos y señalan que de 22% a 45% de las mujeres experimentaron, de alguna forma, un contacto sexual en su infancia, para el sexo masculino la probabilidad va de 16% al 30%.

La Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal informó que en el primer semestre de 1993 se presentó un promedio de 1.87 denuncias diarias de abuso sexual, es decir, un poco más de 700 casos anuales (De la Garza y cols, 1995).

Las estadísticas en relación al abuso sexual a menores registrada en el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (AVISE) de enero a diciembre de 1996 es de 354 casos de delitos sexuales.

A nivel clínico, el Centro de Terapia de Apoyo dependiente de la Procuraduría General de Justicia y las Agencias Especializadas en delitos sexuales reportó en 1996 1752 casos atendidos, entre los que se encuentran el abuso sexual, violación, estupro, hostigamiento sexual y acoso sexual.

Basurto y Segura (1998) en una investigación de tesis, mencionan que la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal reportó que de enero a septiembre de 1997 se denunciaron 3186 casos de violencia sexual, de los cuales 972 fueron de abuso sexual; 1401 violación simple; 38 violación equiparada; 6 de incesto; 972 agresiones se llevaron a cabo en casa del agresor y 572 en el domicilio de la víctima, entre otras características.

Riquer, Saucedo y Bedolla (1996) reportan que en Mérida Yucatán en un estudio reveló que el 90% de las trabajadoras encuestadas sufrían alguna forma de hostigamiento por parte de jefes o superiores, incluso en muchos casos se había llegado a la violación.

En las Agencias del Ministerio Público especializadas en la Atención de Delitos Sexuales de Guanajuato de enero de 1992 a mayo de 1995 recibieron 1133 denuncias por violación, habiéndose consignado 505 casos; en materia de estupro se recibieron 289 denuncias y 593 por abusos deshonestos.

Las Agencias Especializadas del estado de Colima reportan de 1991 a 1994 un total de 843 averiguaciones previas referentes a delitos sexuales, de los cuales el 41% correspondieron a delitos de violación; 15% a delitos de violación en grado de tentativa; 27% a delitos de estupro y el 13% correspondieron a abusos deshonestos.

La Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres A. C. (COVAC, 1995) reporta que de 1991 a 1994 atendió 1023 casos, de los cuales 41.5% fueron de violencia sexual, 46.2% de maltrato doméstico y 12% de otros problemas; el 56% fueron mujeres de entre 11 y 25 años; un dato alarmante es que el 15% de las mujeres que acudieron por violación resultaron embarazadas del ataque.

Los datos de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal asientan que a través de las agencias especializadas en delitos sexuales, de abril de 1989 a mayo de 1995 se han atendido 31,255 personas, de las cuales el 66% fueron víctimas y el resto familiares de éstas.

Con base a datos de enero de 1994 a mayor de 1995, las delegaciones Gustavo A. Madero (14.9%), Iztapalapa (12.2%) y Cuauhtémoc (8.4%) presentan las incidencias más altas en delitos sexuales, entre los que destacan el incesto, hostigamiento sexual, estupro, adulterio, abuso sexual y violación, siendo estos últimos los porcentajes más altos; se describe que de cada diez mujeres violadas en época fértil, una queda embarazada; en 7 de cada 10 casos de violencia sexual el agresor es conocido.

El Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) dependiente de la Procuraduría General de Justicia del D. F. reporta que de Octubre de 1990 a septiembre de 1997 han atendido un total de 60,625 casos, que van desde menores de 1 año hasta mayores de 55. Durante 1997 se atendieron 3,387 víctimas y la distribución por tipo de delito es el 50% violación; 30.5% abuso sexual; y el resto por estupro, hostigamiento, adulterio e incesto (citado en Villa 1999).

El Centro de Atención al Maltrato Intrafamiliar y Sexual (CAMIS) perteneciente a la Procuraduría General de Justicia del Estado de México, en su informe anual de 1997, reporta haber atendido a 12,088 víctimas de violencia intrafamiliar y/o sexual, iniciando 7,497 averiguaciones previas. Mencionan que por cada hora laboral atienden a 6 víctimas de estos delitos (Valladares, 1997).

El Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV) U.N.A.M. ha realizado desde sus inicios en 1988, análisis estadísticos (la mayoría sin denuncia legal). Los resultados de estas investigaciones de 1989 a 1995 se presentan en el cuadro Número 1, que nos permite conocer las características de la violencia sexual de los casos atendidos y algunos factores de riesgo según los resultados que se han ido obteniendo cada año. Los años subsiguientes se presentarán como resultados de la investigación que se realizó para la presente investigación.

En el 2000, dentro del PIAV se atendieron 133 casos de violencia sexual, de los cuales 50 fueron personas atendidas en intervención en crisis, 57 casos donde había ocurrido más de un año atrás, 30 familiares, 2 agresores sexuales, 7 canalizaciones a otros servicios y un total de 889 sesiones de atención. Se ofrecieron 2 cursos, 12 talleres preventivos, 9 conferencias y 10 asesorías especializadas. Podemos decir que no hay mucha variación en cuanto a las cantidades anuales que presenta la Procuraduría General de Justicia de la República en cuanto a delitos sexuales y sus características en 1998 al 2001, ya que el aumento de delitos según se describe también va en aumento proporcional a la población.

Aun cuando en su mayoría son estimaciones, cálculos aproximados (correspondientes en algunos al 5% como menciona Ruiz Harrel), y no hay una descripción detallada de las características de los delitos, estos datos estadísticos nos proporcionan los elementos necesarios para considerar la gravedad de los índices de ocurrencia de delitos sexuales no sólo en el D. F. o estado de México, sino en toda la República Mexicana, así como la necesidad de que las víctimas de estos delitos rompan el silencio denunciándolo; estos datos además aportan a los investigadores herramientas para realizar estudios profundos y exhaustivos sobre la incidencia y proponer estrategias preventivas a corto, mediano y largo plazo; poder concientizar a la población y principalmente a las autoridades, para que no se vea a la violencia sexual como algo ajeno, poco común o problema personal, sino como un problema social y de salud pública grave.

VARIABLE	1989	1991	1992	1993	1994	1995
SEXO DE LA VÍCTIMA	FEMENINO 95% MASCULINO 5%	FEMENINO 84.6% MASCULINO 15.4%	FEMENINO 79% MASCULINO 21%	FEMENINO 93.3% MASCULINO 6.7%	FEMENINO 72.8% MASCULINO 27.2%	FEMENINO 85.7% MASCULINO 14.3%
EDAD DE LA VÍCTIMA	RANGO 2 A 45 PROMEDIO 16 AÑOS	RANGO 3 A 80 PROMEDIO 19 AÑOS	RANGO 3 A 45 PROMEDIO 17 AÑOS	RANGO 3 A 58 PROMEDIO 21 AÑOS	RANGO 4 A 45 PROMEDIO 15 AÑOS	RANGO 3 A 45 AÑOS PROMEDIO 14 AÑOS
EDAD DEL AGRESOR	RANGO 13 A 45 AÑOS PROMEDIO 28 AÑOS	RANGO 8 A 65 PROMEDIO 29 AÑOS	RANGO 11 A 60 PROMEDIO 26 AÑOS	RANGO 14 A 70 PROMEDIO 31 AÑOS	RANGO 11 A 63 PROMEDIO 22 AÑOS	RANGO DE 13 A 50 PROMEDIO 29 AÑOS
RELACIÓN ENTRE VÍCTIMA Y AGRESOR	CONOCIDO 53.8% DESCONOCIDO 46.2	CONOCIDO 69.3% DESCONOCIDO 30.7	CONOCIDO 61% DESCONOCIDO 39%	CONOCIDO 73.4% DESCONOCIDO 26.6	CONOCIDO 82.5% DESCONOCIDO 17.5	CONOCIDO 62% DESCONOCIDO 38%
LUGAR DEL ATAQUE INCLUYENDO LA CASA DE LA VÍCTIMA	CERRADO 70% ABIERTO 30%	CERRADO 79.4% ABIERTO 20.6%	CERRADO 72% ABIERTO 28%	CERRADO 73.3% ABIERTO 26.7%	CERRADO 76% ABIERTO 24%	CERRADO 31.7% ABIERTO 68.3%
DENUNCIA LEGAL	SI 50.7%	SI 64%	SI 41%	SI 46.6%	SI 27%	SI 15%
HORARIO DE ATAQUE	LUZ NATURAL 79% NOCHE 21%	LUZ NATURAL 54.7% NOCHE 45.3%	LUZ NATURAL 62% NOCHE 38%	LUZ NATURAL 66.6% NOCHE 33.4%	LUZ NATURAL 67.1% NOCHE 32.9%	LUZ NATURAL 62.2% NOCHE 37.8%
TIPO DE ATAQUE	INDIVIDUAL 83.6% VARIOS 16.4%	INDIVIDUAL 69.2% VARIOS 30.8%	INDIVIDUAL 79% VARIOS 21%	INDIVIDUAL 88% VARIOS 12%	INDIVIDUAL 91.5% VARIOS 8.5%	INDIVIDUAL 87.1% VARIOS 12.9%
USO DE ARMAS O FUERZA FÍSICA	SI 68.6%	SI 42.7%	SI 75.1 %	SI 74.6%	SI 50%	SI 34.5%
USO DE AMENAZA, ENGAÑO O INTIMIDACIÓN	SI 86.7%	SI 56.4%	SI 86.1	SI 98.5%	SI 77.4%	SI 65.5%
EMBARAZO	SI 25.4%	SI 10.3%	SI 7%	SI 4%	SI 7%	SI 5%
TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ATAQUE	SEMANAS 20% MESES 35% AÑOS 45%	SEMANAS 10.2% MESES 33.5% AÑOS 43.5%	SEMANAS 10% MESES 28% AÑOS 31%	SEMANAS 4% MESES 17.3% AÑOS 10.6%	SEMANAS 6.9% MESES 31% AÑOS 55.2%	SEMANAS 16.7% MESES 23.8% AÑOS 57.2% ¹

¹CUADRO No. 1: Muestra los resultados de las investigaciones del PIAV Iztacala UNAM, de 1989 a 1995 en algunas variables de los casos atendidos (Tomado de los Archivos del PIAV).

CAPÍTULO 3. PREVENCIÓN

Ya que hemos revisado los conceptos y la incidencia de la violencia sexual, en este capítulo se revisarán los niveles de prevención y las investigaciones realizadas respecto a la violencia sexual, ya que es necesario intervenir para reducir los altos índices de ocurrencia y generar acciones permanentes por parte de toda la población.

3.1. Definición de Prevención

Dentro de los estudios sobre violencia sexual, un aspecto importante de tener estos datos, es contar con elementos que nos permita considerar los factores de alto riesgo para poder emprender al análisis y la aplicación de estrategias preventivas, que permita reducir los altos índices de ocurrencia de estos delitos, por lo que la Prevención es una prioridad en nuestros días.

La definición de prevención la tomaremos del Diccionario Enciclopédico Universo (1972 1a. Ed.) en la cual describe que significa: prever, advertir, informar, avisar, precaver, evitar y de ahí se deriva el concepto "prevención" que implica: preparación, prejuicio, disposición, medida, providencia; y al hablar de violencia sexual nos referimos a "la serie de medidas que se toman para decrementar la ocurrencia de problemas de violencia sexual en una población determinada".

Caplan (1985) menciona que la prevención es el cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos, que pueden ser utilizados para planear y llevar a cabo programas para reducir la frecuencia de una problemática X en una comunidad, así mismo la duración de un número significativo de los trastornos que se presentan ante tal problema, y el deterioro que pueda resultar de aquellos problemas.

Roth (1982) explica que la prevención es el tipo de intervención que tarde o temprano proporcionará la solución para la gran cantidad de problemas que constriñen la vida del hombre y la comunidad: desde la sobrepoblación, el crimen, la violencia, pasando por la disolución familiar, el alcoholismo y la farmacodependencia, hasta los desórdenes emocionales, la contaminación ambiental y los trastornos de salud, como consecuencia de actos humanos y voluntarios como podría ser la violencia sexual.

A continuación se describirán los tres principales niveles en lo que se interviene.

3.2. Prevención Primaria

La Prevención Primaria de acuerdo con el modelo conceptual de Caplan (1985), es un concepto comunitario que implica la disminución de la proporción de casos nuevos de trastornos mentales en una población durante cierto período, contrarrestando las circunstancias perniciosas antes de que tengan ocasión de producir enfermedad. No se trata de evitar que se enferme un individuo en especial, sino reducir el riesgo de toda una población, de manera que aunque algunos pueden enfermarse, el número es reducido.

Cuando un programa de prevención primaria se ocupa de un individuo, lo ve como representante de un grupo y su tratamiento está determinado no solo por las necesidades de la persona en cuestión, sino principalmente por su relación con el problema comunitario que presenta y los recursos asequibles para enfrentarlo. El principal interés de los conocimientos que se aplicarán a la intervención primaria en prevención, es la comprensión de la naturaleza y de las manifestaciones que provoca la problemática en la población que se haya visto afectada por ésta.

Ruiz y Vaquero (1984) describen que de acuerdo con una serie de autores, la Prevención Primaria son todas aquellas actividades comprometidas de antemano para impedir la presentación de factores que alteren la salud física y psicológica de los individuos, con la meta de evitar estas ocurrencias en la población potencialmente vulnerable (población en riesgo). Además la prevención primaria también incluye la promoción de una salud positiva a través del impulso de una vida saludable. Esta desde luego reduce la incidencia de nuevos casos de problemas psicológicos en la población, combatiendo los factores negativos que operan en la comunidad, consolidando la capacidad de la gente a la resistencia para minimizar la probabilidad de incidencia del problema en cuestión.

Golstein (1978) y Caplan (1985) coinciden en enmarcar que la prevención primaria enfoca sus métodos en dos áreas: a) Las acciones sociales, que significa que grupos de profesionales y no profesionales unen sus esfuerzos para combatir un problema antes de que aparezca para el beneficio de una comunidad y b) acciones interpersonales, que implica el hacer cambios en los individuos particulares, que a su vez, influyen en todo lo amplio de la comunidad.

3.3. Prevención Secundaria

Jordi (1989) señala que se entiende por prevención secundaria todo aquello cuyo objetivo consista en disminuir la existencia de una enfermedad en una población reduciendo la evolución y tiempo de duración al mínimo posible. Lo que hace es que ante la probabilidad cierta de aparición de un trastorno o enfermedad se actúe evitándolo o combatiendo al máximo sus efectos sobre una persona en concreto.

Ruiz y Vaquero (1984), resumen que la prevención secundaria se orienta a la intervención de aquellos individuos que se consideran propensos a manifestar el problema; es decir al diagnóstico temprano en estados precoces de enfermedad, para lo cual se eligen programas de detección. Así los problemas que no han sido prevenidos a nivel primario, se deberán detectar, diagnosticar e intervenir para reducir sus efectos.

Para Caplan (1985) la prevención secundaria busca reducir el dominio del trastorno acortando la duración de un número suficiente de casos establecidos y esto se logra por medio de:

- a) El diagnóstico precoz, mediante la reducción de las barreras administrativas que demoran la investigación diagnóstica, mediante mejores métodos de diagnóstico de los casos y por medio de programas de búsqueda de afectados en la población.
- b) Por el Tratamiento efectivo, donde se analizan los problemas de la provisión de una gama de métodos de tratamiento más efectiva, así como la necesidad de elegir objetivos terapéuticos asequibles sin esfuerzo indebido, con el objeto de evitar las listas de espera y lograr que pueda disminuirse el tiempo que implica el tratamiento de un número de casos suficientemente grande como para tener importancia comunitaria.

Por tanto, "...la prevención secundaria se refiere a aquellas medidas o acciones realizadas para obtener una detección temprana del trastorno (diagnóstico), así como la aplicación oportuna de un tratamiento encaminado a reducir las consecuencias del trastorno una vez presentado" (Hernández, Olivo y Robles, 1997 pág. 63).

El trabajo en prevención secundaria por tanto, conlleva a la toma de dos decisiones: la elección de la población con alto riesgo y la forma de tratarla. Para la elección de la población se han identificado algunos factores importantes como la marginalidad social, tanto económica como educativa, así como la carencia de habilidades específicas, como el autocontrol, solución de problemas, habilidades para socializar.

3.4. Prevención Terciaria

Sarason (1990) señala que la prevención terciaria requiere que se proporcione rehabilitación y socialización. El objetivo de la prevención terciaria es reducir la incapacidad o inhabilidad que puede resultar de un determinado trastorno o evento.

Jordi (1989) dice que se entiende por prevención terciaria todo aquello que se hace con el objeto de disminuir la incidencia de las incapacidades crónicas en una población procurando que las incapacidades funcionales, consecuencia de la enfermedad o evento, sean las menos posibles. Trata de evitar, por lo tanto, que empeoren las consecuencias propias del trastorno existente y que la persona por tanto no se deteriore más. Comprende los aspectos de rehabilitación o habilitación así como los de integración y/o reinserción social.

Algunos autores han cuestionado la taxonomía de prevención en el nivel secundario y terciario, ya que al parecer en sus argumentos no se está evitando ya nada, pero si analizamos los conceptos, entonces nos daremos cuenta de que se siguen trabajando aspectos preventivos pero con problemas o efectos ya existentes.

Un ejemplo importante en la aplicación de estos niveles de prevención en la Violencia Sexual sería:

1).- **Prevención primaria:** El diseño y aplicación de Cursos y Talleres Preventivos para menores, adolescentes y adultos, con el objetivo de evitar que éstos sufran de algún problema de violencia sexual, pero al mismo tiempo que se concienticen para que en un futuro no cometan estos actos a otros. Difusión por medio de los medio de comunicación social para proporcionar medidas preventivas y alternativas para el desarrollo biopsicosocial más sano. Implementación en los programas educativos formales, los temas de sexualidad y autocuidado, así como de valores y derechos humanos. Implementación obligatoria de Escuela para Padres, dirigido a padres y futuros padres; entre otros.

2).- **Prevención Secundaria:** Estamos hablando de prevención secundaria cuando la violación, abuso sexual, incesto, entre otras, ya ocurrió y es necesario identificar (detección) las consecuencias físicas, emocionales y sociales que esto provocó, para lograr aplicar tratamientos psicológicos e integrales que permitan a las personas afrontar con éxito las demandas de su vida cotidiana sin que la experiencia de violencia sexual intervenga con el logro de sus objetivos personales, familiares, sociales y/o profesionales, es decir desarrollar habilidades sociales y de afrontamiento a posibles futuros factores de riesgo y disminuir en lo posible los efectos a nivel psicológico que provocó la agresión y con esto lograr que continúe con su desarrollo en diferentes ámbitos de su vida.

3).- **Prevención terciaria:** La aplicación de tratamientos psicoterapéuticos para la rehabilitación de la víctima que sufrió algún problema de violencia sexual años atrás y que esto ha seguido provocando problemas en su vida cotidiana en una o varias áreas de su vida. Rehabilitación a los agresores que han realizado estos actos en una o más ocasiones para poder reintegrarse al ámbito social, sin ser un peligro potencial para la población.

3.5. Limitaciones para la acción preventiva

Dentro de las acciones y estrategias que se deberían tomar en prevención tanto en Violencia Sexual como en otros problemas de salud pública, existen muchas limitaciones individuales y globales que obstaculizan que esto sea de interés para los investigadores y también para que se lleven a cabo con éxito, entre estas limitaciones, encontramos cuatro principales que son:

1) Los términos o conceptos: La falta de claridad en la definición de los términos en los problemas que involucra la violencia sexual limita la conciencia de la población sobre la problemática y genera mitos en torno al tema. Es relevante tener claro tanto a nivel científico, social, psicológico y legal a qué nos estamos refiriendo con cada una de las problemáticas para no caer en errores de interpretación que a la larga repercuten en la búsqueda de acciones preventivas.

Definir de manera clara, explícita y concreta los conceptos que implica la violencia sexual (agresión, violencia, abuso, hostigamiento, maltrato, entre otras) ayudará a que también se pueda definir sus consecuencias y por tanto las acciones que se deberán tomar para su prevención.

2) Complejidad de los factores multicausales: Dado que la violencia sexual no tiene una sola causa ni una consecuencia lineal, el poder intervenir con todos los factores que lo involucran que son principalmente a) la víctima, b) el victimario y c) las situaciones (espacio y tiempo) genera un gran problema para la prevención. Se por tanto se enfocan a trabajar sobre los factores de alto riesgo para la población.

La violencia sexual tiene como causas los factores culturales, sociales, demográficos, legales, educativos y psicológicos, y esto hace compleja la labor de intervenir en todos y cada uno de ellos para la prevención, los cambios en la estructura social deberán ser de raíz para lograr cambios substanciales, es necesario delimitar los factores de más alto riesgo para su intervención, datos que son tomados de las estadísticas de denuncias o hechos conocidos, pero que de todos aquellos con los que no se tiene información concreta quedarían fuera de tomarlos en cuenta, por tanto, esta limitante es algo real para la intervención primaria o secundaria, pero que no por tanto imposibilita que lo que se realice tenga algún fruto más adelante.

3) Demostración de los efectos preventivos: Cualquier trabajo preventivo deberá demostrar su eficacia a través del tiempo en corto, mediano y largo plazo, en las acciones preventivas se requeriría de estudios longitudinales muy precisos y confiables, ya que sería difícil saber si el aumento o reducción de los índices de delitos sexuales se debe a la intervención o a otros factores, así como conocer qué factores determinaron a que tal o cual persona le pasó o dejó de pasar algo a partir de la intervención en estrategias preventivas.

En 1991, en el Estado de México se abrieron los centros de atención a víctimas de delitos sexuales, PIAV's ahora CAMI's, con lo cual aumentaron los índices de denuncias en delitos sexuales, esto no es que haya aumentado el número de casos, sino que la difusión y el contar con un lugar especial para la atención a víctimas, así como la concientización a través de los medios de comunicación social hizo que la población pudiera acudir a estos lugares y denunciar legal y/o psicológicamente estos actos que ocurrieron hace mucho tiempo o recientemente; lo que llevaba al cuestionamiento si esto era beneficioso o no, lo que implica por tanto que se deberá demostrar estadísticamente que la intervención preventiva tiene efectos positivos sobre el problema de la violencia sexual y es algo que es costoso, laborioso y requiere de infraestructura material y humana bien sustentada, para emprender acciones preventivas y demostrar que son eficaces y que con esto tanto la población como las autoridades en la materia le den credibilidad y por tanto apoyo en los presupuestos.

La demostración de la eficacia de las acciones realizadas en prevención de la violencia sexual hasta ahora se ha limitado a pequeñas poblaciones, con resultados satisfactorios, pero no se pueden generalizar a la población en su totalidad, así como el hecho de que no se han emprendido programas nacionales que demuestren la eficacia de dicha intervención para que la población esté consciente y demande este tipo de apoyo.

4) Demanda de la población: Al ser un problema que está relacionado con la sexualidad, implica una serie de tabúes y mitos que hacen que la población se resista a participar y por lo tanto a demandar este tipo de apoyo; consideran que son eventos aislados, privados y poco comunes, por lo que no es prioritario para las autoridades intervenir en este aspecto.

Este aspecto lo podemos constatar en los estudios realizados para prevenir el abuso sexual al menor y la violación, donde la mayoría de los investigadores reportan que una limitante que encontraron fue la poca disposición de los padres, maestros y dirigentes a facilitar las condiciones para que se lleve a cabo el trabajo, eran necesarios un sinnúmero de trámites, permisos y autorizaciones para realizarlo, sin negar que en algunos lugares la demanda era de ellos mismos, pero porque ya contaban con casos y eso había alarmado a la población y querían tranquilizarlos o demostrarles que estaban haciendo algo al respecto.

Esto está ligado con las limitaciones anteriores, que al no tener claro lo que ocurre y deformar la información, al no observar o escuchar evidencias de resultados contundentes en las acciones preventivas, la demanda de la población queda reducida a grupos minoritarios que no tienen fuerza para exigir que se emprendan acciones para prevenir la violencia sexual en sus comunidades.

3.6. Estudios e Investigaciones sobre Prevención en Violencia Sexual

En este apartado hablaremos de dos grandes problemas de violencia sexual y que es en los que más se ha intervenido, que es el abuso sexual al menor y la violación sexual, y los mencionaremos en ese orden.

La gran incidencia de menores que son sexualmente abusados, ha impulsado a muchos investigadores a trabajar sobre la prevención primaria y secundaria, utilizando principalmente técnicas y procedimientos del análisis conductual aplicado como Rosenbaum (1981); Jones y Kazdin (1981) que realizaron investigaciones que los llevaron a concluir que los infantes de edad preescolar son aptos para aprender habilidades de autocuidado, utilizando técnicas conductuales como son: imitación y modelado, retroalimentación, ensayo conductual, reforzamiento social, moldeamiento entre otras.

Harbeck, Peterson y Starr (1992) Hoffman, Plotkin y Twentyman (1984, citados en Basurto y Segura 1998) trabajaron con niñas de edades entre 4 y 16 años y de 3 a 6 años respectivamente que han sufrido de abuso sexual (prevención secundaria) y encontraron que estos infantes poseen menos habilidades sociales en comparación con infantes no maltratados; sin embargo, cuentan con información relacionada con el maltrato infantil, lo cual los llevó a concluir que no es suficiente con poseer información, ya que es necesario que los infantes cuenten con repertorios conductuales (motores, cognitivos y verbales) que les ayuden a no ser victimizados o revictimizados; los infantes fueron entrenados con técnicas conductuales, obteniendo como resultado que los infantes respondieran conductual y verbalmente de manera adecuada en situaciones parecidas al maltrato o abuso sexual.

Los investigadores han observado que los instrumentos con los cuales se evalúa el conocimiento de los infantes acerca del abuso sexual, puede llevarnos a conclusiones erróneas, es decir, cuando se utilizan test en los cuales los infantes deben elegir la respuesta correcta o escribirla, los resultados demuestran que los pequeños tienen información relacionada con el abuso sexual, sin embargo, cuando se evalúan las respuestas de los infantes, se observa que éstos no poseen repertorios conductuales que les ayuden a prevenir un posible abuso sexual. Las diferencias significativas entre las tres formas de respuesta.

Jones, Ollendick y Shinske (1989) realizaron investigaciones en la cual compararon las variables conductual, cognitiva y ambas en la adquisición de habilidades de autocuidado, sus resultados muestran que existen diferencias significativas entre las variables, es decir, los infantes que fueron entrenados en repertorios conductuales fallan en una evaluación cognitiva, por su parte, los infantes que fueron expuestos y solo obtuvieron información, fracasaron en la evaluación motora, mientras que los infantes entrenados en la adquisición de repertorios conductuales y se les dio información acerca del por qué ciertas respuestas son correctas en un contexto determinado superan significativamente a los dos grupos anteriores; por esta razón se deben utilizar técnicas de modelado, instrucciones, ensayo conductual, retroalimentación para que los infantes eviten una situación de riesgo de abuso sexual.

Por su parte Wurtele, Mars y Miller-Perrin (1987), llevaron a cabo una investigación en la cual compararon dos grupos: en el primero utilizaron modelado y ensayo conductual, reforzamiento social; en el segundo solo el modelado; los resultados que obtuvieron muestran diferencias significativas entre los grupos, el grupo con el cual se utilizó ensayo conductual superó estadísticamente al grupo que no tuvo ensayo conductual en la evaluación postentrenamiento.

En las investigaciones realizadas se han utilizado varios materiales para que los infantes aprendan habilidades de autocuidado; Wurtele (1990) utilizó historias y dibujos que representaban cuando era apropiado e inapropiado que una persona mayor mirara y tocara las "partes privadas", sus resultados muestran que los infantes aprendieron a distinguir cuándo y quién puede ver y tocar sus "partes privadas". Harvey, Forehand, Brown y Holmes

(1988) utilizaron historias, canciones y un film para que los infantes conocieran sus "partes privadas" y aprendieran a reconocer cuando algo malo estaba pasando, quién abusaba de los infantes y cómo prevenirlo, observando que los materiales son útiles para que los infantes adquieran habilidades de cuidado personal.

Garbarino (1987) investigó si el comic del hombre araña es un material que ayuda a prevenir el abuso sexual. Observó que los infantes reconocen cuando el acercamiento de una persona mayor no es correcto, pero no deja de manifiesto si los infantes saben qué hacer en situaciones de peligro, también observó que cuando los padres leen el material se abren líneas de comunicación sobre el tema, poniendo de manifiesto que para prevenir el abuso sexual se debe trabajar en conjunto padres y maestros. Es importante resaltar que no se han realizado investigaciones que comparen los diferentes materiales, para saber cual es el más adecuado.

Wilson y Golub (1993) investigaron cuál es para los padres el programa de prevención de abuso sexual más aceptable para ser utilizado con preescolares. El programa se presentó en tres formas diferentes, por medio de una toma de roles videograbada, en el cual el "happy bear" presentaba habilidades de seguridad personal en forma de juego diseñado para preescolares, el happy bear servía como maestro y modelo del rol. Una vez terminado el film, happy bear aparecía en el salón de clases para reforzar las habilidades que se presentaron en la videocinta. En la segunda forma se presentó el programa en Consulta bibliográfica, en la cual se daba una lista de lecturas que ayudan al infante a aprender de otros y encontrar soluciones a los problemas, los padres revisaron los libros y realizaban las actividades que son utilizadas en el salón. La tercera forma es la discusión padre-infante, esta forma de presentación del programa sugiere que los padres pueden hacer algo para ayudar a sus hijos a aprender las habilidades que necesitan para protegerse en contra de un asalto sexual; existen diversas actividades que pueden realizar los padres junto con sus hijos como por ejemplo, nombrar correctamente las partes del cuerpo, lectura de historias de infantes que han eludido situaciones difíciles, entre otras. Los autores encontraron una diferencia significativa en la clasificación de los tres programas; el juego de toma de roles videograbado fue la primera elección con el 57%, en contraste solamente el 5% eligió la consulta bibliográfica como la mejor opción, el restante 38% consideró a la discusión padre-infante como aceptable. El 62%

de los padres indicó que les agradaría utilizar más de un programa, la mayoría mostró preferencia por la combinación del juego y la discusión padre-infante para prevenir el abuso sexual infantil.

Roberts, Alexander y Fanurik (1990), realizaron un cuestionario que enviaron a las compañías que venden materiales para prevenir el abuso sexual y el robo infantil. El material que estudió estuvo compuesto por folletos, panfletos, libros con historietas, libros para colorear, grabaciones de vídeo, programas televisivos, juegos y títeres que se encuentran a la venta. Solo el 37% de los cuestionarios fueron devueltos contestados, los resultados indican que se ha llevado a cabo poca validación empírica en el desarrollo de materiales preventivos de abuso sexual y robo de infantes. Este trabajo deja de manifiesto que se debe de realizar la validación del material al cual tienen acceso los infantes. Es necesario mencionar que en nuestro país no existe material preventivo a la venta y a la cual tengan acceso los infantes, de no ser algún libro como el de "Tu seguridad infantil" de Fernández Editores, el vídeo del "Árbol de Chicoca" pero que no es fácil encontrarlos a la venta. En México existe una campaña permanente televisiva denominada "Ojo mucho ojo", pero tampoco cuenta con la información completa y clara que manifieste si previene o no el abuso sexual infantil, para lo cual valdría la pena realizar una investigación de los efectos preventivos y sugerir los cambios pertinentes para que cumpla con su objetivo.

Algunas investigaciones experimentales realizan una línea base múltiple y un seguimiento en la intervención como evaluación pre, peri y post entrenamiento, así como seguimiento, con el objeto de observar y comparar las habilidades motoras, cognitivas y verbales con las que cuentan los infantes después de la intervención preventiva, así como observar si los infantes generalizan a situaciones nuevas los repertorios aprendidos y si estos permanecen a lo largo del tiempo. Wurtele, Scott, Mars Y Miller-Perrin (1987), Harvey, Forehand, Brown y Holmes (1988), Swearinger (1981); Wurtele, Kast y Melzer (1992; citados en Basurto y Segura 1998) realizaron seguimientos posterior a la intervención y observaron que los infantes poseen habilidades cognitivas, motoras y verbales que les ayuden a prevenir un posible abuso sexual hasta cinco meses después de haber recibido el programa y estos están aptos para generalizar a situaciones nuevas los repertorios adquiridos en el programa de prevención del abuso sexual infantil.

Harbeck, Peterson y Starr (1992) enseñaron a los pequeños reglas importantes a seguir, entre las cuales se encuentra:

- a) Si un toque te hace sentir mal o confundido, entonces éste no es correcto.
- b) Existen toques buenos, malos y confusos.
- c) Los infantes son los dueños de su propio cuerpo.
- d) Las "partes privadas" son las partes del cuerpo que se encuentran debajo del traje de baño o ropa interior.
- e) Es correcto para el doctor y la enfermera en presencia de los padres o los padres tocar las "partes privadas" de los infantes para cuidar su salud e higiene.
- f) Los toques malos o confusos pueden venir de extraños o alguien a quien el infante conoce y ama.
- g) Los infantes deben confiar en sus sentimientos producidos por los toques.
- h) Los infantes tienen derecho a decir "No", alejarse y comentar a un adulto si una persona trata de tocarlos en una forma que los haga sentir mal o confundidos.
- i) Si un secreto te hace sentir mal o confundido, no debes guardarlo, ya que los toques malos o confusos nunca son culpa de los infantes.

Fryer, Fraizer y Miyoshi (1987) enseñaron a los infantes las siguientes reglas:

- 1) Permanecer a un brazo de distancia de un extraño
- 2) No hacer o responder preguntas a extraños
- 3) No aceptar nada de un extraño y no acompañar a un extraño a ningún lugar

Por su parte Harvey, Forehand, Brown y Holmes (1988) utilizaron las reglas:

- * Los infantes pueden decidir con quien quieren compartir su cuerpo
- * Reconocer cuando algo malo les esta sucediendo
- * Decir no y alejarse
- * Decir a alguien lo que pasó
- * Pensar que, si ocurre un abuso, nunca es culpa del infante

Todas las investigaciones ponen de manifiesto la importancia que tiene el que los infantes nombren correctamente las partes de su cuerpo y conozcan sus "partes privadas" para que sepan cuáles pueden ser tocadas y vistas, por quién y en qué situaciones.

Otros aspectos de las investigaciones es la ansiedad y reacciones emocionales que provoca en los menores los programas de prevención al abuso sexual al menor, sobre todo por la resistencia de los padres y educadores para abordar estos temas con los niños. Binder y Mcniel (1987), llevaron a cabo una investigación y dentro de los objetivos de ésta se encuentra el analizar si el programa de prevención de abuso sexual causa disturbios emocionales en los infantes. Los autores pidieron a los padres y maestros observaran y registraran las conductas de los infantes. Las evaluaciones de los padres registran un pequeño e insignificativo decremento de estrés emocional después del programa, el decremento se mostró en la conducta de pelear. Por su parte, 10 de 12 profesores no registraron cambios en la conducta de sus alumnos. este hallazgo muestra que los menores no manifestaron incremento en ansiedad o disturbios emocionales después de su participación en el programa de prevención del abuso sexual.

Uno de los intereses de Garbarino (1987) fue descubrir como el comic del hombre araña hizo sentir a los infantes, si despertó temor o preocupación en ellos. Los resultados muestran que el 17% de los niños de 2o. y 6o. grado y el 50% de 4o. grado mostraron temor o preocupación; 35% de las niñas de 2o. grado, 30% de 6o. grado y 50% en 4o. grado mostraron

ansiedad. Al examinar las entrevistas se mostró que los infantes reportan sentimiento de miedo y preocupación porque el abuso podía pasarles a ellos; los autores encontraron que los padres no se sienten cómodos al discutir con sus hijos el abuso sexual y piensan que ellos comunican su propia ansiedad a los infantes.

Los resultados de Garbarino (op. cit) se pueden pensar contradictorios a los observados por Binder y Mcniel (1987), sin embargo, la diferencia de los resultados los encontramos en que en el estudio de Binder y Mcniel a los infantes se les entrenó para que adquirieran habilidades de autocuidado, dando herramientas a los infantes para saber cómo actuar si un extraño se acerca y les hace una petición, mientras que Garbarino sólo se interesó en observar si los infantes distinguen un abuso sexual, pero no da herramientas a los infantes y a sus padres para saber qué hacer ante un posible abuso sexual.

Algunos de los estudios revisados mencionan las características de los experimentadores que trabajaron con los infantes; en las investigaciones revisadas por Fryer, Kraizer y Miyoshi (1988), los experimentadores fueron entrenados en trabajo social y/o desarrollo infantil pero no mencionan el sexo de éstos.

Los experimentadores que trabajaron con Harveck, Peterson y Starr (1992) son descritos de sexo femenino y recibieron entrenamiento para entrevistar a los infantes y memorizar la guía de entrevista. En los tres estudios, los investigadores no conocían la hipótesis del estudio; en el trabajo realizado por Wuertele, Kast y Melzer (1992), trabajaron con los padres y maestros de ambos sexos como instructores en un programa de seguridad personal. Dividieron a los infantes que tomaron parte del programa en dos grupos, uno recibió la instrucción por parte de los maestros de la escuela, y el otro recibió la información tanto en la escuela por parte de los profesores y en casa por parte de sus padres. Los resultados muestran diferencias significativas en la adquisición de habilidades de seguridad personal; el grupo que recibió información en la escuela y en su hogar superó significativamente al grupo que solo recibió información por parte de los profesores en el salón de clases. Estos resultados apoyan la conclusión de Garbarino (1987) acerca de que se debe realizar un trabajo conjunto entre los padres y maestros para trabajar la prevención del abuso sexual infantil, por ser las personas que se encuentran más cerca de los infantes.

En la investigación realizada por Poche, Brouwer y Swearinger (1981), se describe al "sospechoso", el cual realizó una petición, que simulaba un posible abuso o robo de infante. Los "sospechosos" fueron seleccionados a semejanza del típico agresor arrestado en el área donde se llevó a cabo el estudio, que es el 80% son hombres, edad entre 20 y 35 años, tez blanca y morena. Los sospechosos fueron entrenados para registrar las respuestas verbales y motoras de los infantes y para realizar la petición al pequeño.

Como hemos visto con la revisión de los trabajos experimentales diseñados para prevenir el abuso sexual, podemos observar que los infantes en su mayoría carecen de entrenamiento en repertorios conductuales (motores, verbales y cognitivos) que les ayuden a prevenir un ataque sexual y la aplicación de programas preventivos podrían incrementar sus repertorios y por tanto alejarse o enfrentarse a una situación potencial de peligro con éxito para su integridad personal.

Dentro de las investigaciones para prevenir el abuso sexual a menores existen tres formas principales que son:

1) **Entrenamiento a padres**, para que éstos a su vez enseñen a su hijos (o bien a otros niños o padres de familia), normas de seguridad y así disminuir el riesgo al mismo tiempo que los padres van aprendiendo sobre la problemática, ya que es un problema tan común en nuestra sociedad que puede ocurrir a cualquier individuo.

2) **Educando sexualmente a la población**, así como entrenando en las habilidades asertivas y de afrontamiento a los menores, pudiendo ser mediante modelamiento, juego de roles, ensayo conductual, sociodramas o representaciones entre otras.

3) **Entrenamiento a maestros** para que dentro de sus programas educativos incluyan el tema del abuso sexual al menor pero estando preparados para ello.

El objetivo de los programas de prevención primaria contra el abuso sexual a menores es proporcionar entrenamiento en habilidades para discriminar a los posibles agresores, así como proporcionar estrategias de seguridad personal que proteja a los niños contra la violencia sexual. Aunque también hay que recordar que otro objetivo de este nivel de prevención es

que nos menores no sean atacados ni ataquen a otros ni a corto, mediano o largo plazo (Wurtele, Saslansky y cols 1986; Harvey, Forehand y cols. 1988; Budio y Johnson, 1989 citados en Hernández y Pérez 1991).

Algunos aspectos que deben contemplarse en un programa de prevención primaria y secundaria cuando se les aplica a niños son:

- Que su cuerpo es propiedad privada y personal. Son ellos quienes deciden si pueden ser tocados, por quién y cuándo.
- Determinados acercamientos y tocamientos no los deben de aceptar.
- Diferenciar entre secretos buenos y malos: es decir , qué tipos de secretos pueden contar (buenos) y qué tipo de secretos no pueden contar (malos).
- Decir No, fuerte y claro.
- Narrar los acontecimientos que les suceden , principalmente cuando son acontecimientos nocivos y desagradables. Guiarse por su propia intuición.
- Respetar a los demás para adquirir el derecho de ser respetados.
- Tener presente que los adultos pueden causarles daño.
- Enseñarles que tienen derecho a dudar de la autoridad y que no tienen por qué confiar en cualquier adulto.
- Además, es importante que aumenten su autoestima, adquieran habilidades para resolver problemas y discriminar situaciones de peligro.

Wurtele, Saslansky y cols (1986; citados en Hernández y Pérez 1991), contemplaron varias aproximaciones educativas de la siguiente manera:

Un grupo de 61 niños no abusados sexualmente a nivel preescolar se dividió en tres secciones: una de ellas vio un programa filmado que incluía escenas representativas de agresión y enseñaban habilidades de prevención como decir NO, gritar para pedir ayuda, huir, confiar en alguien que los pudiera proteger y al final, se discutía la película durante 15 minutos.

A otra sección se les enseñaron habilidades conductuales por medio del modelado, ensayos conductuales y reforzamiento social con una duración de 50 minutos, a los niños se les especificaron habilidades de autoprotección (como decir fuerte que No y huir), finalmente en la tercera sección se hizo una combinación de los 2 programas y se incluyó una evaluación de 2 pruebas (el WIST y PSQ). Los resultados fueron más efectivos y los niños mejoraron notablemente sus habilidades cuando se empleó el programa combinado y comprendieron mejor lo que es la violencia sexual. No se encontraron diferencias en los resultados al respecto al sexo, ya fueran niñas o niños, pero si en cuanto a edad, lo mayores respondieron mejor al programa.

En otro programa con 71 niños de kinder de medio rural, clase media baja y baja, los niños fueron divididos en 3 grupos de 20 niños cada uno; se trabajó con ellos en sesiones de media hora, uno de los terapeutas se encargó de valorar todo el tratamiento y otros 2 implementaron el programa. Para diferenciar las caricias buenas de las inadecuadas se les presentaron dibujos, donde aparecían relacionados infantes con adultos y/o adolescentes; 5 de los dibujos se utilizaron para identificar tocamientos adecuados y en otros 5 se distinguía la violencia sexual.

También se les enseñó cómo evitar agresiones, ésto a través de modelamiento, juego de roles y reforzamiento social, además se les leyeron historias de agresión. Encontraron, al igual que en el anterior, que los infantes a esta edad pueden aprender habilidades para su protección.

Por su parte Budin y Johnson (1989) evaluaron la efectividad de los programas empleados para prevención de la violencia infantil, con 72 presos agresores, de 23 a 63 años de edad, los cuales descubrieron cual fue su víctima ideal: infantes introvertidos, con pocos amigos, que pasaban mucho tiempo solos y poco sociables.

Los métodos que utilizaron para envolver a los infantes fueron: el chantaje, engaño, muestras de afecto y finalmente concluyeron que toda la información que los perpetradores pueden proporcionar es valiosa para mejorar los programas, propusieron algunas alternativas para los padres y los niños.

* **Para los niños:** que se les enseñe a no dejar que un extraño o conocido los toque, no temer a los extraños pero si ser cuidadosos en su relaciones amistosas con ellos, no mencionar sus apellidos a cualquier persona, que procuren no estar solos y que tiene derecho a tener privacidad.

* **Para los padres:** que se aseguren que haya buena vigilancia en las escuelas, involucrarse más en la vida de sus hijos, ser cariñosos y cuidadosos a tiempo con los niños, para que no lleguen a ser víctimas, que pregunten a sus hijos continuamente si han sido atacados o si han estado a punto de serlo.

Por otro lado, Hernández y Pérez (1991) diseñaron un programa de prevención de abuso sexual y/o violación al menor. En dicho estudio se considera la hipótesis de los aspectos que hacen susceptible al menor a ser víctima del abuso sexual como son: la falta de información sobre sexualidad, falta de información del problema, falta de asertividad y de nociones de autocuidado.

Como objetivo general se tenía evaluar el programa preventivo de abuso sexual infantil a través de la obtención de los conocimientos indispensables al respecto, por los niños. Haciendo hincapié en el objetivo específico para que el menor adquiriera información y habilidades. Se trabajó con una muestra de 52 niños y 7 niñas, de acuerdo a la población existente de los grupos asignados, de 8 a 10 años de edad, con una escolaridad de tercer grado de primaria. A un grupo se le aplicó el pilotaje y a los otros 2 el programa ya corregido. Se trabajó en un programa cuasiexperimental y empírica. Se aplicó la evaluación pretest, posttest, donde se evaluaron conocimientos adquiridos de anatomía y sexualidad, asertividad, autocuidado, conocimiento del problema de abuso sexual al menor. Los resultados arrojaron diferencias significativas en el pretest-posttest, lo que significa que los menores aumentaron sus conocimientos y habilidades sobre los temas contenidos en el programa.

Por su parte Cufarfan y Suasnavar (1991) realizaron un programa de prevención al abuso sexual al menor, dicho programa se llevó a cabo en las instalaciones de una escuela en el Estado de México. El objetivo del programa era desarrollar en los infantes habilidades que les permitan librarse de situaciones de abuso sexual y resguardar así su integridad personal. Se aplicó a 100 niños con edad promedio de 10 años; tuvieron grupo control y grupo

experimental, evaluando de manera pretest-postest en cada grupo, la duración fue de 12 sesiones con los niños y 2 con los padres. La medición principal constó de un cuestionario que evaluaba la actitud de los niños hacia la sexualidad y asertividad ante un posible ataque, abordando dentro del programa 5 temas principales (papel del infante, caricias y expresiones de afecto, concientización del problema, entrenamiento asertivo y necesidad de prevención).

Los resultados de esta investigación fueron los siguientes: se encontró gran efectividad del programa preventivo, pues si en el postest ya se había percibido un cambio en los sujetos del grupo experimental, el cuestionario a padres permitió asegurar que hubo un aprendizaje en los niños, acerca de cómo resguardar su integridad personal, y que este aprendizaje se pudo poner de manifiesto tiempo después de terminada la intervención, aún en otras situaciones diferentes a las expuestas en el programa preventivo.

Hernández, Olivo y Robles (1997) elaboraron y aplicaron talleres educativo-terapéuticos dirigidos a padres e hijos, como medida de prevención primaria contra el abuso sexual al menor, compararon 4 grupos en los cuales a uno sólo se aplicó a los niños, a otro solo a los padres, en el tercero a padres e hijos y en el cuarto no se aplicó ni a niños ni a padres para la investigación (aunque posteriormente se aplicó por cuestiones éticas), concluyendo que al aplicar estos talleres se logra concientizar a los padres de familia con respecto a la problemática del abuso sexual al menor y que además, el que los padres adquieran conocimientos de comunicación y asertividad es una medida favorable preventiva en primer orden; así como que los niños adquieran conocimientos sobre su cuerpo, sexualidad y abuso sexual; de igual modo, los conocimientos sobre comunicación, asertividad, medidas de seguridad y habilidades de afrontamiento a situaciones potenciales de peligro fortalece más la prevención, sugiriendo que estos talleres se apliquen tanto a padres como a sus hijos y si es posible a los profesores de grupo con quienes los niños pasan gran parte de su tiempo. Sugieren además que se realicen más investigaciones sobre todo en prevención hacia los agresores o potenciales agresores ya que esto favorecerá de manera integral la prevención en este problema.

Existen otras investigaciones sobre prevención del abuso sexual más específicas y se pueden consultar en Salinas (1995) quien realizó una revisión sobre los factores de alto riesgo en el abuso sexual al menor. Basurto y Segura (1998) quienes proponen un programa preventivo del abuso sexual al menor. Herrera (1997) donde señala el papel del psicólogo en la prevención del abuso sexual al menor. Elizondo (1994) realizó una investigación sobre las consecuencias a largo plazo del abuso sexual al menor y algunas alternativas de prevención. Benitez, Espejel y Espinosa (1996) y Ávila y Lemus (1997) realizaron y aplicaron talleres preventivos del abuso sexual al menor en niños con retardo en el desarrollo obteniendo resultados muy alentadores, todas las anteriores investigaciones pertenecientes a tesis dentro del Proyecto de Violencia Sexual (PIAV).

Refiriéndonos a aquellos programas e investigaciones de prevención en el abuso sexual al menor en México, encontramos aquellos que son aplicados en los Centros de Atención a Víctimas del Violencia Sexual, gubernamentales y no gubernamentales, dependientes del la Procuraduría General de Justicia, del DIF o bien de instituciones privadas o educativas como es el caso del PIAV en Iztacala UNAM.

En los talleres impartidos para niños por el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (AVISE) para combatir el abuso sexual a menores hacen énfasis en los siguientes puntos:

- Desarrollo del Cuerpo Humano
- Autoestima "soy importante"
- Seguridad Infantil
- Abuso Sexual
- Derechos de los niños.

Se apoyan de diferentes técnicas y dinámicas para captar la participación y la atención de los niños en el taller; también se hace una función de teatro guiñol y se proyecta la película "El árbol de chicoca"; se imparten pláticas informativas a los padres para sensibilizarlos con respecto al abuso sexual al menor y su papel en la prevención.

En el Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV) Iztacala UNAM, también se imparten talleres de prevención del abuso sexual infantil desde 1990 a la fecha (2001) como parte del programa

permanente de atención, con edades desde los 4 años hasta adultos, obteniendo resultados muy satisfactorios en tanto adquisición de conocimientos y habilidades en prevención, como es el reportado por Contreras (1991a). Estos talleres están conformados por 7 sesiones principalmente 2 con los padres y 5 con los menores o adolescentes; los temas principales son:

- a) El cuerpo humano y sus funciones.
- b) Sexualidad y Desarrollo Humano
- c) Autoestima: Valores y Derechos Humanos
- d) Asertividad y habilidades de autodefensa
- e) Medidas Preventivas

Otros centros de apoyo como el Centro de Atención al Maltrato Intrafamiliar y Sexual (CAMIS) dependiente de la Procuraduría General de Justicia del estado de México, también realiza, aplica e investiga sobre la prevención del abuso sexual al menor a través de talleres, conferencias y publicaciones. Así también el COVAC (Colectivo de Lucha contra la Violencia Sexual) y el Centro de Terapia de Apoyo para Víctimas del Delitos Sexuales de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

Es importante mencionar que dentro del Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV) dependiente de la Universidad Nacional Autónoma de México FES Iztacala, se ofrecen conferencias, pláticas y talleres de prevención para niños, adolescentes y adultos y que es parte de la propuesta que se presenta en la presente investigación por la autora.

Dentro de las investigaciones en adolescentes y adultas sobre violación, encontramos que la primer fase de las investigaciones se realizan sobre los factores de alto riesgo para posteriormente proponer alternativas preventivas y analizar sus efectos.

Krulewitz y Johnson (1978) realizaron una investigación sobre las percepciones de los sujetos de situaciones hipotéticas de violación, como una función de la cantidad de fuerza ejercida en la violación, el sexo del sujeto y las actitudes de los sujetos hacia el feminismo. Utilizaron 118 mujeres y 114 hombres que fueron asignados azarosamente por sexo a una de las tres condiciones de fuerza. Los sujetos expresaron mayor certeza que la violación ocurría con incremento de fuerza por parte del asaltante, consideraron que incrementando la fuerza, es más fuerte la atribución de violación en las mujeres tradicionales, mientras que en mujeres liberales tendieron a ver el incidente como violación en todos los niveles de fuerza ejercida. Concluyen que la gente tiene más certeza de que fue violación entre más fuerza se utilice, entre más tradicional es la persona, requiere más evidencias de fuerza, se cree que una mujer respetable debe defender su virtud con fuerza y resistencia, que a menos fuerza la resistencia funciona para evitarlo y de no hacerlo así la mujer tiene menos credibilidad y respetabilidad, con lo que los hombres violadores o potencialmente violadores con estas actitudes, consideran su conducta dentro de las normas legítimas de relación y serían más propensos a seguir cometiéndolo. Tanto policías, médicos, psicólogos y otros profesionales podrían no creer en el dicho de la víctima si no hay muestras de fuerza física, si las mujeres creen esto, se sentirán responsables del ataque o bien que eso no fue violación (porque no utilizó altos grados de violencia).

También concluyen que las estrategias preventivas deberán ir encaminadas a que la población esté enterada de las diferentes manifestaciones de violencia y por tanto deberá haber un cambio de las actitudes sobre las relaciones entre hombres y mujeres para poder reaccionar y percibir claramente si un evento podría ser agresión sexual o no. Los contenidos preventivos por tanto se deberán encaminar al conocimiento de la violencia sexual, sus matices y las formas de afrontarlo con violencia física o sin ella, así como una reconsideración de la población de los roles sexuales y la percepción de las relaciones de poder entre hombres y mujeres.

Muehlenhard y Linton (1987) realizaron un estudio donde se investigó la incidencia de factores de riesgo en la violación y otras formas de agresión sexual de hombres contra mujeres en situaciones de cita. Se utilizaron 341 mujeres y 294 hombres que completaron un cuestionario de manera anónima. Se les pidió que describieran sus salidas más recientes (para probar las

fechas y datos regulares de citas) y su peor experiencia de agresión sexual durante la cita, si ocurrió algo así. Se evaluaron los posibles factores de riesgo en tres formas: a) Personas quienes habían estado involucradas en agresiones sexuales, se comparó las características de los datos de la agresión sexual y sus citas recientes; el que les haya ocurrido agresión sexual en citas recientes podría ser un factor de riesgo. b) Compararon las salidas más reciente de gente que había tenido experiencias de agresión sexual con los que no las habían tenido para identificar las diferencias en sus hábitos al salir con alguien y c) Compararon las actitudes de las personas que habían tenido con las que no habían tenido experiencias de agresión sexual.

Los resultados mostraron que el 77% de las mujeres y el 57% de los hombres habían estado involucrados en alguna forma de agresión sexual; 14.7% de las mujeres y el 7.1% de los hombres habían estado involucrados en relaciones sexuales no deseadas. Las variables que aparecieron como factores de riesgo son que el hombre iniciara la invitación, pagara todos los gastos, manejara el automóvil, se hablara de sexo de manera inadecuada, hubiera consumo de alcohol o droga, los hombres presentaran aceptación de los roles sexuales tradicionales, violencia interpersonal, actitudes adversas acerca de las relaciones y mitos acerca de la violación (el tiempo de conocerse parece poco relacionado en cuanto a la agresión sexual); en este aspecto se menciona que se incrementa la probabilidad de que esta cita termine en violación, porque el hombre puede pensar que el sexo y el dinero son intercambiables, esto implica que si el hombre paga y la mujer acepta, se está haciendo un trato en donde le hombre piensa que está justificada la agresión sexual puesto que ya pago por tener contacto sexual. Estos investigadores concluyen que es necesario implementar programas preventivos para las mujeres que contengan por lo menos dos tópicos pero bien desarrollados y profundos que son 1.- Conocimientos sobre Violencia Sexual y sus formas de manifestarse y 2.- Entrenamiento asertivo (verbal y conductual), ya que una mujer que se siente con el derecho de rehusar una petición incómoda es capaz de usar la fuerza física, gritar, escapar, correr, morder, entre otras y con esto incrementará la probabilidad de escapar exitosamente a un atentado de violación, así como si logra discriminar antes que esta en una situación de riesgo para alejarse de ella.

Bart (1981) realizó un estudio donde comparó a mujeres que fueron violadas con mujeres que evitaron la violación, sugirió que las conductas de las mujeres podrían ser un factor para evitar la agresión sexual. Los hombres agresivos sexualmente fueron más propensos que los no agresivos a aceptar roles sexuales tradicionales, violencia hacia las mujeres, creencia de contraposición sexual y mitos sobre la violación, lo que se relaciona con los estudios antes mencionados. El concluye que tal vez las mujeres que fueron atacadas no sintieron que tenían derecho a parar advertencias de relaciones sexuales no deseadas y los cambios en estas actitudes podrían hacer a los hombres menos propensos a agredir sexualmente y podrían hacer que las mujeres sintieran más derechos a defender las insinuaciones no deseadas, por lo que en los programas de prevención es importante mencionar que se tiene derecho a decir NO en cualquier momento de la relación, así como que tanto hombres y mujeres aprendan a discriminar claramente señales de aceptación o rechazo de un acercamiento sexual.

Heath y Davidson (1988) realizaron tres estudios para analizar los efectos del autocontrol percibido en la victimización de la violación perteneciente a personas potenciales en riesgo. En un primer estudio el autocontrol percibido de violación fue manipulada a través de un paradigma de registro de un folleto; a unas mujeres se le mostró materiales que presentaban violaciones en un evento totalmente fuera de control, a otras se le mostró material que presentaba violaciones más controlables y en otras situaciones que estaban aún más cerca del control de la víctima para evaluar sus reacciones de miedo y sus intenciones de llevar a cabo conductas preventivas o de defensa. En el segundo estudio las participantes describían una violación "típica" y se clasificaban como alto o bajo control, en el tercer estudio se reclutó a las participantes que mostraban alta y baja percepción de autocontrol sobre la violación, se les aplicaron entrevistas e inventarios para analizar riesgo, miedo y conductas preventivas después de leído el folleto, así como la percepción en el control. Concluyen que las mujeres que perciben que la situación está fuera de su control entran en un desamparo y por tanto consideran que no es posible tomar medidas preventivas si de todas maneras no podrían impedirlo, así como que las mujeres que consideran que tienen más control sobre la situación y les da miedo y ansiedad tal vez tomen más medidas de prevención, mencionan que está claro que las participantes quienes integran falta de control, reportaron involucrarse menos en conductas preventivas, como se predice en la teoría del desamparo aprendido

y parece que de acuerdo a la información sobre violación para transmitir de manera exitosa un mensaje a la población, podría ser inducir miedo y ansiedad hacia la audiencia pero contrabalanceando el incremento de conductas que podrían realizar de autoprotección.

Parte de sus conclusiones también es que la información sobre violación fuera diseñada de tal forma que los mitos y la culpabilización de la víctima podrían ser erradicadas, sin crear miedo y actitudes derrotistas pertenecientes a la población en cuestión. En la prevención se deben desarrollar materiales que enfatizan la situación actual en la cual la mujer tiene algún control sobre su seguridad y además puntualizar la existencia de azarosidad y ataque inevitables. Haciendo a las mujeres conscientes de tácticas para prevenir situaciones de violación, una prevaleciente forma de atacar durante las edades de más alta incidencia, podrían prevenir el desamparo aprendido sin perpetrar mitos o inducir culpa en la víctimas.

Se ha considerado que uno de los factores de riesgo asociados con la violencia sexual es la aceptación exagerada de los roles sexuales tradicionales y contrapuestos, en donde se atribuyen a los hombres características de violencia, control y superioridad, en contraposición a las mujeres comportamientos de sumisión y debilidad. Koss y Dinero (1989) y Margolin, Miller y Moran (1989), argumentan que cuando las mujeres asumen excesivamente esta condición de sumisión y debilidad se encuentran predispuestas a actuar pasivamente hacia el hombre, esperando que éste sea fuerte y dominante y se crean incapaces de defenderse ante una situación de violencia sexual.

Otro de los factores de riesgo está relacionado con los malos entendidos acerca de la sexualidad femenina, por ejemplo la falsa creencia de que cuando una mujer dijo NO, en realidad quiere decir SI, y que entonces es válido ejercer algún tipo de violencia para lograr la aceptación en una relación sexual. Muehlenhard y Lipton (1986) encontraron que cuando una mujer manifiesta claramente su deseo o su rechazo en relación a tener contacto sexual, es menos probable que el hombre la agrede sexualmente (por lo menos en aquellas situaciones donde es conocido).

Un riesgo más de la agresión sexual tiene que ver con la actitud confiada de las mujeres hacia los hombres que ellas conocen, ya que se ha demostrado que un gran número de violaciones son perpetradas por

conocidos, exnovios, amigos, familiares, esposos, entre otros; esta actitud confiada conlleva a que las mujeres no identifiquen actitudes de alto riesgo de agresión o que las justifiquen, como se mencionó en los estudios antes citados. Margolin y cols. (1989) en este sentido ejemplifican que si un hombre besa a una mujer sin su consentimiento esto no es evaluado como una forma de agresión sexual, que puede generalizarse a otras formas potenciales de agresión.

Se ha encontrado que otro factor de riesgo asociado con la violación se refiere a cuáles son las cogniciones de las mujeres mientras está ocurriendo la violación. Bart (1981) encontró que cuando la preocupación principal de las mujeres durante el ataque es no ser asesinadas o mutiladas, es más frecuente que sean violadas, que cuando la preocupación primordial es no ser violadas. Esta investigación explica que las cogniciones de temor a la muerte o a la mutilación que son fomentadas por los medios de comunicación sensacionalistas y por las amenazas reales del violador, provocan que las mujeres cognitivamente hagan un intercambio entre ceder a la violación a cambio de su vida. En cambio cuando las mujeres piensan que no deben ser violadas aumenta la probabilidad de que realicen conductas de escape (es decir no resignarse a que serán violadas).

Así mismo, esta autora encontró que cuando la mujer utiliza como única estrategia de escape las súplicas y el llanto, es más probable que sea violada, que cuando utiliza otras estrategias como la resistencia física, gritar, forcejear. Concluye entonces que suplicar y llorar no solo es inefectivo para evitar la violación, sino que esta asociada con la violación.

Evidentemente estas características cognitivas dependen de las condiciones ideológicas y de los procesos educativos en donde se estimula a las mujeres a presentar comportamientos de sumisión y no porque deseen o provoquen ser violadas.

Myers, Temple y Brown (1984), analizaron algunos factores de riesgo, en términos de sus características de personalidad, en una muestra de 72 víctimas de violación que compararon con un grupo control; encontraron que algunos factores de riesgo en las víctimas son:

- a) **Incompetencia social:** Referida a las actitudes de las mujeres sobre su seguridad, independencia, dominio, sociabilidad, asertividad y presencia social. Dicen que las mujeres pasivas, miedosas y dependientes son blanco fácil de ataque sexuales.
- b) **Salud mental:** Las personas con antecedentes psiquiátricos o depresivos son más vulnerables.
- c) **Uso de alcohol o drogas:** Las personas drogadas o alcoholizadas tienen menos probabilidades de defenderse de un ataque y por tanto se les culpa de lo ocurrido.
- d) **Habilidades cognitivas:** Se refiere a la habilidad de las personas para tomar decisiones y resolver problemas inmediatos. Cuando una persona posee buenas habilidades cognitivas, puede planear su huida, no efectuar conductas inútiles o peligrosas y/o puede detectar señales de peligro.
- e) **Condición física:** Este factor es importante y relacionado con las habilidades anteriores, una persona débil o enferma tendrá menos probabilidades de escape o autodefensa.
- f) **Nivel socioeconómico bajo:** Esto se relaciona principalmente con el tipo de lugares en el que se desenvuelve la persona, por ejemplo: uso continuo de transporte público, transitar por lugares inseguros, poca vigilancia, vías de acceso para caminar, entre otras. Otra situación agregada a esto es que son presa fácil para engañar con proposiciones u ofrecimientos de trabajo, dinero, recompensas, regalos, entre otras.
- g) **Edad:** La mayoría de las víctimas son jóvenes o adolescentes (y niños), que por sus actividades tienen menos supervisión adulta y realizan muchas actividades en la calle y por lo general solas, por ejemplo: ir a la escuela, al trabajo, de compras, con amistades, entre otras.

Todos estos factores antes mencionados son de valiosa importancia para la creación de estrategias preventivas en la violación sexual, así como los resultados de la investigación de Valladares (1993) en un estudio epidemiológico donde obtuvo las variables de Víctimas, Situaciones, Agresores y Consecuencias en una muestra de 144 víctimas de violencia

sexual atendidas en el PIAV UNAM, dentro de las cuales los datos más relevantes para este apartado son que en las características de las víctimas se mostró que éstas estaban en una posición de inferioridad o indefensión en relación a sus victimarios ya sea por edad, posición económica, por género o por fuerza física; los victimarios eran en el 100% hombres, el 70% conocía a las víctimas y tenían una posición de autoridad sobre las mismas. En el análisis de este estudio, se encontró cómo se comportaban las víctimas en el ataque, encontrándose que las respuestas más comunes fueron la parálisis y la súplica (90%) y cómo éstas fueron ineficaces para evitar la agresión. Al mismo tiempo se comprobó que en un porcentaje bajo (10%), las mujeres que ejecutaron una respuesta de escape lo lograron. Aunque no negamos que hay violaciones en donde las posibilidades de escape son nulas.

También encontramos en este estudio que las mujeres y los infantes victimizados de la muestra no tenían habilidades de autoprotección, ni habilidades sociales que les permitieran enfrentarse a sus victimarios cuando éstos eran conocidos. Esta discusión es interesante porque nos permite analizar qué características deberían de tener los programas de prevención para ser efectivos y de alguna manera este estudio es el antecedente del cual se desprendió la investigación presente, pues se realizará un análisis de las situaciones, víctima, victimario y consecuencias para la propuesta de prevención y tratamiento concreta, tomando en cuenta todas estos datos.

En México, además de los Centros de Apoyo a la Violencia Sexual e Intrafamiliar como el CAMVAC, COVAC, AVISE, CAVI, CAMIS, PIAV entre otros, que realizan y aplican estrategias preventivas a la población adolescente y adulta en escuelas, centros de salud, instalaciones del DIF y de la Procuraduría General de Justicia, se realizó una investigación que abrió las puertas a la intervención preventiva con mujeres adultas y jóvenes, mostrando en su contenido sesión por sesión lo que se trabajó y cómo replicarlo, me refiero a la Tesis de Licenciatura de Morales, Padilla y Saavedra (1995) las cuales realizaron una investigación muy completa y detallada sobre prevención de la Violación en la cual se aplicó un Taller para mujeres no violadas y otro para mujeres que habían sufrido algún ataque sexual previo, el Taller consistió de 20 sesiones en la cuales los temas principales fueron:

- * Presentación e información del contenido del Taller
- * Violencia Sexual
- * Constitución de la Identidad Personal Femenina
- * Tipificación Sexual
- * Alternativas de Prevención
- * Derechos Humanos
- * Defensa Personal y Femenina
- * Habilidades cognitivas, verbales y conductuales
- * Seguridad Personal, a los hijos y la familia en general

En esta investigación se muestra de manera específica y detallada el procedimiento, concluyen que es necesario que la población participante cuente con la información suficiente a nivel teórico sobre los temas que se mencionaron anteriormente, ya que esto es el primer paso de la concientización de la población sobre el problema. Es necesario por otra parte el desarrollo de habilidades discriminativas, asertivas y racional-emotivas, apoyando y completando éstas con el desarrollo de sus habilidades físicas en donde así ellas logran aprender cómo enfrentar situaciones de peligro o como estar lo más lejos de una situación de alto riesgo.

Comentan las autoras que la actitud que proyecte la mujer ante una situación de peligro es de vital importancia, ya que si muestran debilidad e inferioridad en relación al victimario es más susceptible de ser atacada, por lo que es necesario que desarrollen habilidades cognitivas, conductuales y verbales de afrontamiento que les permitirá enfrentar exitosamente situaciones injustas y peligrosas, generalizándolas a otras condiciones de su vida cotidiana, elevando su autoestima y por tanto el ejercicio pleno de sus derechos como personas. Concluyen además que los talleres preventivos son una, pero no la única estrategia para enseñar a mujeres habilidades de afrontamiento, ya que al ser un problema social y de salud pública se deberá trabajar con el problema de raíz que tiene que ver con la socialización y la educación sexista y represora hacia el género femenino, con lo cual proponen que los talleres sean aplicados también a niños y adultos (varones) para despertar la conciencia de no violencia en ambos sexos.

Con esta breve revisión, tenemos un panorama general de la prevención, sus niveles y la forma de aplicarla en la violencia sexual, que se retomará en la propuesta de prevención de este trabajo.

CAPÍTULO 4. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

En este capítulo revisaremos lo que son las principales formas de intervención psicológica desde el enfoque conductual, cognitivo y de intervención en crisis, se revisarán sus principios básicos, procedimiento y las aplicaciones en personas que han vivido alguna experiencia de violencia sexual reciente o a más largo plazo.

4.1. Elementos a considerar en la intervención psicológica

En este apartado mencionaremos las consideraciones generales y específicas que se tienen que tomar en cuenta para la intervención psicológica, de diversos autores independientemente de su enfoque teórico-metodológico, ya que aquí lo que está en juego es el bienestar emocional del consultante y no sólo la demostración de principios teóricos o comprobación de hipótesis en investigación.

Slaikeu (1988), considera que son muchas las circunstancias de la vida que nos llevan a una necesidad de intervención psicológica, entre ellas menciona:

1.- **Durante el Desarrollo Humano:** El propio desarrollo humano, que conlleva una serie de cambios en el crecimiento, la transición del desarrollo ante cada etapa, los sucesos que en cada una se tienen que superar, las preocupaciones por el paso siguiente o la etapa que se deja, podría generar situaciones que lleven a las personas a solicitar apoyo psicológico; así pues, desde la primera infancia hasta la vejez, ocurren transiciones que provocan ocupaciones o preocupaciones, la percepción y habilidades de cada persona daría paso a posibles sucesos de crisis que requieran una intervención psicológica breve o extensa según el caso.

2.- **Sucesos inesperados en la vida:** La característica sobresaliente de éste es que el suceso precipitante tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o etapa del desarrollo en el curso de la vida, son situaciones que podrían afectar a cualquiera en cualquier momento, se caracterizan además por ser repentinos, inesperados, con urgencia de atención, crea un impacto sobre la persona o comunidades enteras y presenta cierto grado de peligrosidad u oportunidad.

Entre estas encontramos: enfermedad física o lesión; muerte repentina; crimen en tanto víctimas y delincuentes; desastres naturales y provocados por el hombre; guerra y hechos relacionados; circunstancias de la vida moderna (migración, drogadicción, divorcio, pérdida económica o laboral, embarazos no deseados, aborto, entre otras).

Cualquiera de estas circunstancias (del desarrollo o sucesos inesperados de la vida) provoca en la persona alteraciones en el nivel Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognitivo, lo que lleva a la necesidad de intervención psicológica (además de otros profesionales) de urgencia o sin ella, pero que requiere de la relación terapéutica para salir adelante.

Kanfer y Golstein (1987) mencionan que para poder considerar que es un problema psicológico y por tanto aplicar una intervención psicológica es necesario que:

- 1) El cliente padezca una falta subjetiva de bienestar, preocupaciones o miedos, que no se pueden eliminar fácilmente apelando a algún tipo de acción o él pueda llevar a cabo solo.
- 2) El cliente manifiesta déficit o excesos de conducta que interfieren con el funcionamiento considerado adecuado tanto para él mismo como por los demás.
- 3) El cliente interviene en actividades que son cuestionables por aquellos que le rodean y que dan lugar a consecuencias negativas que recaen en él mismo y en los demás.
- 4) El cliente muestra desviaciones conductuales que dan como resultado sanciones sociales severas para aquellos que componen su medio inmediato.

Estos autores consideran que las metas y objetivos a largo plazo de las relaciones que suponen ayuda (relación terapéutica) deben cubrir son:

- 1.- Modificación de conducta concreta.

2.- Buen conocimiento o comprensión racional y emocional clara de sus problemas, las causas, reacciones y formas de solución.

3.- Modificación del bienestar emocional subjetivo de la persona, incluyendo cambios en las sensaciones de ansiedad y tensión.

4.- Modificación de las autopercepciones, incluyendo objetivos y sentido de la adecuación.

5.- Modificación del estilo de vida de la persona o "estructuración de la personalidad".

En este sentido, el terapeuta debe contar con: Conocimientos Amplios y Actualizados de la Psicología y el Desarrollo Humano, Experiencia Clínica, Credibilidad, Empatía, Comprensión empática en procesos interpersonales, Cordialidad y Congruencia en su vida profesional y personal.

Rogers (1978) considera que para la intervención psicológica es necesario tomar en cuenta que el cliente se encuentre en:

A.- Una situación de inadaptación psicológica: en la cual se presenta incongruencia, defensa y vulnerabilidad.

B.- Amenaza: en la cual existe vulnerabilidad, angustia y amenaza interna o externa.

C.- Desorganización psíquica: donde existe incongruencia, distorsión de la realidad, inestabilidad y desorganización.

Este autor considera que las condiciones psicológicas que son tanto necesarias como suficientes para producir un cambio constructivo en las personas son:

1.- Que dos personas estén en contacto psicológico. Esto es porque él plantea la hipótesis de que un cambio constructivo significativo de la personalidad, sólo puede ocurrir dentro de una relación.

2.- Que el cliente se halle en un estado de incongruencia, mostrándose vulnerable o ansioso. Esto se refiere a que el cliente que presenta la incongruencia sea vulnerable, es decir, propenso a tomar conciencia de la incongruencia, o que perciba por lo menos sutilmente esa experiencia (presentando ansiedad).

3.- Que el terapeuta se muestre congruente e integrado en la relación. Es decir, que sea exactamente él mismo en la relación, en tal sentido básico es lo que realmente es, en este momento de tiempo.

4.- Que el terapeuta experimente un aprecio positivo incondicional por el cliente, una aceptación cálida de cada aspecto de su experiencia, significando que no existen condiciones de aceptación.

5.- Que el terapeuta experimente una comprensión empática desde el marco de referencia interno del cliente y se esfuerce por comunicar a éste tal experiencia. Esto es, el mundo privado del cliente como si fuera el propio, pero sin perder nunca de vista el "como si".

6.- Que la comunicación de la empatía y del aprecio positivo incondicional, se logre en un grado mínimo. esto es porque a menos que se haya logrado cierta comunicación de tales actitudes, éstas no existen en la relación en cuanto se refiere al cliente, y el proceso terapéutico no podría iniciarse.

Butcher, Stelmachers y Maudal (1992) consideran que existen requisitos indispensables para la intervención psicológica, bien de un profesional o paraprofesional y son los siguientes:

1.- El trabajador debe contar con una capacidad de empatía que le permita comprender los problemas del consultante tal como éste los experimenta.

2.- Debe ser capaz de escuchar con atención y de manera selectiva para detectar lo que tiene relación con el problema de que se trate, y lograr que los individuos renuentes o que se expresan con dificultad debido a su estado emocional le proporcionen la información que necesita para la intervención.

3.- Debe escuchar con un criterio objetivo sin que influyan sus necesidades, deseos ni valores personales en los aspectos comentados (si es posible debe haber llevado psicoterapia también).

4.- Debe tener la capacidad para evaluar los problemas, conflictos, cualidades y recursos del sujeto en el marco de la situación en que se encuentra. Si bien no es necesario que sea especialista en evaluación o diagnóstico, si debe ser capaz de valorar aspectos tales como el nivel de funcionamiento premórbido, estado mental, probabilidades de suicidio y motivación para el cambio.

5.- Debe estar al día en lo que respecta a los servicios disponibles en la comunidad, ya que éstos representan opciones para referir ahí a los clientes si fuera necesario (clínicas especializadas, servicios gratuitos, análisis de laboratorio, trabajo en grupo, entre otras). Además debe conocer las diversas disposiciones administrativas y legales relacionados con los casos que se pueden presentar.

6.- Una característica potencialmente valiosa del terapeuta es que pertenezca si es posible al grupo subcultural o contracultural de quienes recurren a su ayuda.

Meichenbaum (1988) describe las orientaciones generales que debe tomar en cuenta el profesional para la intervención psicológica, entre las que se encuentran:

A.- Analizar lo que ha de trabajarse, ya que la intervención tendrá múltiples niveles, reacciones y la persona experimentará diferentes emociones, pensamientos o conductas.

B.- Efectuar una evaluación cuidadosa para determinar si factores intra e interpersonales inhiben la puesta en práctica de la intervención.

C.- Establecer una relación de trabajo y utilizar al cliente y a otras personas importantes para él como colaboradores a fin de fijar, poner en práctica y evaluar el programa de intervención.

- D.- Enseñar una gama de posibilidades que sean sensibles a las diferencias individuales, culturales y de situación.
- E.- Ser sensible al papel de los factores cognitivos y afectivos en la intervención.
- F.- Seleccionar cuidadosamente las tareas que se asignan, haciendo que sean fáciles y similares al criterio.
- G.- Adiestrar para la generalización fuera del consultorio: no esperarla, haciendo explícitos la necesidad y los medios para la generalización.
- H.- Asegurar que la intervención se orienta hacia el futuro, previniendo e incorporando fracasos posibles y reales en el plan de intervención. Incluir el adiestramiento para la prevención de recaídas.
- I.- Intervenir en múltiples ambientes cuando sea posible, con varios terapeutas y sobre múltiples tareas. Hacer que el cliente se dedique a múltiples asignaciones graduadas en la clínica y llevarlas a situaciones reales. Utilizar la graduación como base de la intervención.
- J.- Asegurarse que el cliente recibe y reconoce la información sobre la utilidad de la intervención. Hacer que se atribuyan las mejorías.
- K.- Hacer depender la duración de la intervención de un criterio basado en la actuación del cliente y no en el tiempo. Siempre que sea posible, incluir sesiones de consolidación, evaluaciones de seguimiento y programas prácticos a casa.

Weiner y Bordin (1992) describen los factores generales y específicos de la intervención psicológica que contribuyen al cambio, considerando que una relación terapéutica útil solo se da cuando el terapeuta recurre a métodos adecuados para establecerla, y las técnicas favorecen el progreso únicamente cuando se emplean en el marco de una buena relación de tratamiento, tomando en cuenta las características del cliente por supuesto, estos factores se presentarán aquí de manera resumida:

I.- Factores Generales: Estos factores se refieren a los componentes de la relación de psicoterapia y son: a) Oportunidad de catarsis; b) Expectativas de cambio; c) Atención del terapeuta (empatía, cordialidad y autenticidad); d) Efectos del reforzamiento, y e) Fuerza de la alianza terapéutica.

II.- Factores Específicos: Estos factores se refieren a las técnicas que se utilizan en la relación terapéutica y encontramos: a) Las preguntas, b) Aclaraciones, c) Exclamaciones, d) Confrontaciones, y e) Interpretación.

Estos autores mencionan que la eficacia de los factores de la relación reside en la habilidad del terapeuta para instaurarlos y mantenerlos; sólo cuando una relación de tratamiento sólida se complementa con técnicas para fomentar en los clientes la comprensión y el control de su conducta, la intervención psicológica avanza plenamente hacia las metas.

Consideran que existen dos puntos importantes a tomar en cuenta en la intervención psicológica y que han sido motivo de debate en las investigaciones y publicaciones respecto a la intervención psicológica, y son en primer lugar, que cualquiera que tenga aptitudes interpersonales y desee ayudar a alguien puede hacerlo con tanta eficacia como un profesional especializado, y la segunda es que sólo con los factores generales es suficiente para el cambio, independientemente de lo que exprese el cliente o de las respuestas del terapeuta, de lo cual concluyen lo siguiente:

Respecto al primer punto, la empatía, cordialidad y autenticidad que los terapeutas son capaces de mostrar a sus clientes se relaciona directamente con la preparación y experiencia que hayan adquirido y que a través de la experiencia los terapeutas principalmente obtienen la pericia necesaria para comprender mejor los mensajes que los clientes tratan de transmitir y poder formular y programar sus intervenciones; la capacitación y la experiencia de los clínicos profesionales; en donde éstos aprenden cómo convertir sus aptitudes interpersonales en palabras y actos específicos que sean oportunos, bien formulados y concertados coadyuvan a una relación de tratamiento provechosa.

Existen numerosos estudios donde no se ha encontrado diferencia alguna entre los resultados logrados por psicoterapeutas profesionales y los obtenidos por "auxiliares" paraprofesionales y se ha de resaltar su importancia en la intervención, pero no contradice lo valioso de la capacitación mediante la cual los clínicos adquieren las habilidades necesarias para favorecer al máximo el cambio de conducta cuando se utiliza la intervención psicológica para atender una amplia variedad de clientes no seleccionados (ya que los estudios seleccionan a los clientes y a los "auxiliares").

En el segundo punto, no se puede negar la importancia de la relación terapéutica para el inicio de la intervención, pero la información específica que les proporciona el terapeuta acerca de sus padecimientos, el escuchar comprensivamente a un cliente y tratar de expresar dicha comprensión es un recurso poderoso para lograr el cambio terapéutico individual, así como suministrar información nueva sobre la naturaleza y el origen de los problemas del cliente, y acerca de las posibles formas alternativas de manejarlos contribuirá al éxito terapéutico.

Así podemos ver, que en muchos momentos difíciles de la vida, muchas personas (sensibles, empáticas, responsables y solidarias) pueden participar con escuchar lo que le diga la gente y reforzar positivamente lo que expresen o hagan y esto podría ser terapéutico para las personas, pero no se puede hablar de que dieron u ofrecieron terapia psicológica, psicoterapia o algún tipo de terapia, ya que es una distinción sumamente importante que debemos tomar en cuenta, ya que una cosa es el uso de técnicas de modificación de conducta cognitiva, verbal o motora, en diferentes ámbitos de la vida; la intervención en crisis en casos especiales que resulta terapéutico; y otra cosa es el *proceso* interpersonal en el que el individuo comunica a otro que lo entiende, lo respeta y quiere ayudarlo a vencer sus dificultades, planteando objetivos, metas y procedimientos especiales para facilitar el cambio de conducta deseado, contando con la experiencia, las habilidades, conocimientos y capacitación previa para hacerlo de manera profesional.

Al respecto de la intervención psicológica en Violencia Sexual, Contreras (1993) presenta las características mínimas del psicólogo en la atención a víctimas de violencia sexual como sigue:

- 1.- **Preparación profesional en psicología:** Esto significa que una persona que ha vivido una experiencia traumática de violencia sexual debe ser atendido por personal profesional en su área (clínica), ya que no es suficiente el apoyo empático y solidario, sino también un tratamiento psicoterapéutico donde la persona que atiende cuente con herramientas terapéuticas para una recuperación del impacto emocional que solo le da la formación profesional o la capacitación en estos temas.
- 2.- **Preparación teórico-metodológica sobre violencia sexual:** Es necesario que el terapeuta tenga conocimientos sobre antecedentes, causas, consecuencias y formas de intervención, aspectos médicos y legales que existen sobre problemas de esta índole, ya que le ayudarán a guiar de forma más óptima el trato, apoyo, asesoría y recuperación de la víctima, pues estará más sensible y empático, ya que muchos psicoterapeutas desconocen la naturaleza particular de la crisis y su tratamiento específico.
- 3.- **Sensibilidad respecto al problema:** Esto es que entre más conozca de la problemática de las víctimas de violencia sexual, los índices y consecuencias podrá proporcionar un apoyo libre de prejuicios y connotaciones moralistas o bien ideas sobre el problema llenas de mitos y falsedades, pues es un trabajo delicado y trascendente que no se debe desarrollar silvestremente.
- 4.- **Ética profesional:** Muchas son las indicaciones que nos ofrece el Código Ético del Psicólogo, pero también son las que se rompen en la práctica clínica y dada la naturaleza de estos actos, se requiere tratar estos asuntos con discreción, privacidad, respeto; no exponiendo a la víctima ante otros, es necesario que las investigaciones que se realicen sean con fines científicos y encaminados a la prevención, optimización del apoyo terapéutico y para proponer y diseñar alternativas de apoyo social que mejoren el bienestar de la comunidad en su conjunto.
- 5.- **Actitud solidaria y humanista:** Esto implica que el trabajo terapéutico deberá ser con calidad humana, pues si la gente cuenta de con un terapeuta profesional, con una persona que le da un trato humano, honesto y libre de prejuicios, empático y solidario, la recuperación será más pronta y eficaz.

6.- Habilidades y capacidades clínicas: Lo que significa experiencia en atención a consultantes en general y a víctimas de delitos sexuales, el terapeuta deberá estar capacitado a través de cursos, talleres, lectura y práctica supervisada, para no experimentar con las personas que acuden a ser atendidos y esperan el apoyo del profesional.

7.- Actualización: Es necesario que el terapeuta asista y participe en foros donde se discutan y analicen estos problemas, que se documente mediante la lectura; asista a cursos y conferencias, así como realice investigaciones a diversos niveles para optimizar el trabajo y mantenerse al tanto de los datos o resultados que existen sobre el problema actualmente, de las modificaciones en la legislación, en los procedimientos penales, en los centros de ayuda, agencias especializadas, publicaciones, entre otras.

8.- Disponibilidad: Se ha observado en la práctica clínica dentro del PIAV que el terapeuta no se dedica solamente a un trabajo del cubículo, sino es necesario en muchas ocasiones acompañar a la víctima al hospital, juzgados, domicilio, entre otras, para dar apoyo emocional en situaciones que así lo requieran, por lo que es necesario que tenga disposición de apoyar dentro y fuera de un consultorio psicológico.

9.- Entusiasmo profesional: Esto implica los deseos y motivaciones de participar activamente en acciones que encaminen a la mejor atención, a crear programas educativos y para el sector salud, en prevención y alternativas para la reducción de los altos índices de ocurrencia. Es necesario que el terapeuta no centre su atención solamente al trabajo con la víctima y su familia, sino que vaya más allá abarcando el aspecto socio-político.

10.- Compromiso personal, profesional y social: lo que implica que el trabajo del terapeuta debe estar inmerso en un compromiso de ofrecer tiempo, esfuerzo y dedicación para colaborar en el apoyo social con otros profesionales, de la salud pública de nuestro país.

Se expondrán a continuación las principales formas de intervención psicológica, sin que por ello signifique que el enfoque de la Gestalt, Existencial-Humanista, Psicoanalítico, Sistémico Familiar, Programación Neurolingüística y otros, no tengan validez o importancia en el trabajo en violencia sexual, pero dadas las características del tema y los enfoques que más han aportado a esta problemática, se seleccionaron solo las siguientes.

4.2. Análisis Conductual Aplicado (ACA) y Modificación de Conducta (MC)

4.2.1. Principios Básicos y Lineamientos Generales

Comenzaremos por exponer los principios básicos del condicionamiento operante, los del Análisis Experimental de la Conducta (AEC) para posteriormente dar los lineamientos generales y aspectos teóricos de la Modificación de Conducta (MC) y el Análisis Conductual Aplicado (ACA).

Si nos remontáramos a los primeros estudios, encontraríamos que primero se dio una explicación del comportamiento como Estímulo-Respuesta, posteriormente como Estímulo-Organismo-Respuesta, más adelante Estímulo-Organismo-Respuesta-Consecuencias, y después todo esto con historia a estímulos y a las variantes medio-ambientales, y así fue complejizándose más la explicación de la conducta del ser humano. Dentro de esta historia de investigaciones, encontramos que se buscaron los principios básicos que regían la conducta en relación con su ambiente, por lo que las explicaciones y variables a tomar en cuenta, fueron cada vez más amplias, incluyentes y propositivas, aquí haremos un recorrido por lo que hoy en día son los sustentos o principios básicos de la MC y el ACA.

Kazdin (1983) escribe que los principios del condicionamiento operante describen la relación entre la conducta y los acontecimientos ambientales que influyen sobre ella. La mayor parte de los principios describen los efectos que tienen las consecuencias que siguen a la conducta: Los principios básicos del condicionamiento operante son los que se refieren al reforzamiento, castigo, extinción y control de estímulos, a partir de estos principios se derivaron diversas técnicas de modificación de conducta y de ahí el AEC. Estos principios del condicionamiento operante se pueden resumir en la siguiente tabla tomada del mismo autor:

Principio	Procedimiento	Efecto sobre la conducta
Reforzamiento	Presentación o retirada de un acontecimiento agradable después de una respuesta	Aumenta la frecuencia de la respuesta
Castigo	Presentación o retirada de un acontecimiento desagradable después de la respuesta	Disminuye la frecuencia de la respuesta
Extinción	Cese de la presentación de un acontecimiento reforzante después de una respuesta	Disminuye la frecuencia de respuesta anteriormente reforzada
Control de estímulos y entrenamiento en discriminación	Reforzamiento de la respuesta en presencia de un estímulo E^+ pero no en presencia de otro E^+	Aumenta la frecuencia de la respuesta en presencia de E^+ y disminuye en presencia E^+

* Tomado de Kazdin, A. D. (1983) *Historia de la Modificación de Conducta*. Edit. DDB

A continuación se describirán los lineamientos generales que dieron lugar al ACA:

Programas de Reforzamiento: hace referencia a las diversas formas en las que los estímulos discriminativos y reforzantes se presentan con relación a las respuestas. Cómo la presentación o retirada de un estímulo reforzante puede o no incrementar la probabilidad de ocurrencia de una respuesta. Esto significa administrar una consecuencia tan pronto se emite la conducta determinada, que ya existía en el repertorio del sujeto, aún a niveles muy bajos. Pueden presentarse de manera continua o intermitente (de razón o frecuencia fija-variable / de intervalo o tiempo fijo-variable).

Control de estímulos: es el grado en el que los estímulos antecedentes determinan la probabilidad de que una respuesta tenga lugar. Si un estímulo está siempre presente cuando se refuerza una respuesta o cuando se castiga, la conducta en cuestión se emite o disminuye con mayor probabilidad ante dicho estímulo que en cualquier otra situación, decimos así que el sujeto discrimina el estímulo que acompaña la consecuencia y se le denomina estímulo discriminativo; cuando la probabilidad de la respuesta varía en función de la presencia o ausencia del estímulo discriminativo, decimos que dicha conducta está bajo el control de estímulos.

El reforzamiento condicionado: se refiere a la transformación de acontecimientos no reforzantes, en reforzadores a través del condicionamiento, esto consiste en aparejar la presentación del estímulo u objeto que deseamos condicionar como reforzador con la presentación de un reforzador que ya funciona como tal en la práctica. El objeto o estímulo que vamos a establecer como reforzador condicionado debe preceder al reforzador incondicionado, se apareja el número de veces necesario y para poder decir que poseemos un reforzador condicionado cuando éste puede sustituir al reforzador incondicionado que utilizamos, y seguimos siendo capaces de mantener la conducta puesto que no disminuye sensiblemente la conducta.

El castigo: implica la administración de consecuencias aversivas o punitivas contingentes a una respuesta que reduce la probabilidad de ocurrencia de esa respuesta. Se dice que cuando alguien recibe una consecuencia negativa inmediatamente después de emitida una conducta, la asocia a la consecuencia y por tanto esto se manifiesta en la reducción de la probabilidad de que esa conducta se repita.

La conducta de evitación: hace referencia al aplazamiento o prevención de la aplicación de acontecimientos aversivos o punitivos. Esto implica que cuando la persona está en una situación en la cual puede predecir que ocurrirá una consecuencia negativa, aplaza o retrasa la exposición a esa situación, cuando ya está en ella y realiza una conducta que la saque de ésta se le llama escape.

Operantes Concurrentes: es el término utilizado para designar el condicionamiento simultáneo de dos o más respuestas, cada una de las cuales puede estar controlada por contingencias diferentes; esta es una combinación de cómo dos o más respuestas pueden estarse presentando por contingencias diferentes y así poder aumentar o disminuir la probabilidad de la respuesta en una u otra condición.

Conducta supersticiosa: son aquellos cambios que resultan de la presentación repetida de un reforzador poco después de emitida la conducta pero sin embargo independiente de ella. La aplicación no contingente de consecuencias aumenta la tasa de las respuestas que se estaban realizando cuando el reforzador fue administrado.

Ribes (1980) por su parte describe que los principios del ACA se han desarrollado a partir del AEC de la que se ha podido extraer principios comunes basados en la identificación de relaciones funcionales que pueden utilizarse para promover la adquisición de nuevas conductas, su reducción o su mantenimiento y describe estos principios y lineamientos generales de la siguiente manera:

A. Para la Adquisición de Conducta:

- * Reforzamiento Positivo
- * Moldeamiento por Aproximaciones Sucesivas
- * Reforzamiento negativo
- * Imitación

B. Para el Mantenimiento de Conductas

- * Reforzamiento intermitente
- * Control de estímulos
- * Reforzadores Condicionados
- * Encadenamiento

C. Utilización de Estímulos Suplementarios

- * Estímulos instigadores
- * Estímulos de Preparación
- * Estímulos de Apoyo y desvanecimiento
- * Probación y exposición del reforzamiento

D. Para la Reducción de Conductas

- * Extinción
- * Tiempo fuera del reforzamiento
- * Castigo positivo
- * Estímulos aversivos condicionados
- * Reforzamiento de otras conductas
- * Costo de respuestas o castigo negativo
- * Saciedad

Ribes (1981) menciona que antes de tomar en cuenta los principios básicos del Análisis Conductual Aplicado (ACA), es necesario analizar cinco aspectos:

A) La delimitación de la concepción tradicional de anormalidad: se acepta que las alteraciones biológicas pueden coadyuvar o disponer a alteraciones conductuales, pero no se requiere aceptar que dichas alteraciones biológicas sean causales de las conductuales. Parte importante de un análisis conductual riguroso es examinar la influencia real, objetiva, que las deficiencias o alteraciones biológicas ejercen sobre las interacciones, y la forma de compensarlas, biológica o ambientalmente.

B) La aplicabilidad del concepto de anormalidad a las interacciones conductuales: es necesario identificar en que segmento de la interacción reside el criterio de anormalidad aplicado socialmente, y en qué consiste ese criterio en término de los efectos de la interacción valorada sobre el individuo y el grupo social de referencia.

C) Las dimensiones necesarias para definir los criterios de cambio conductual: lo que todo individuo hace afecta y hace que a su vez sea afectado por otros individuos con base en la posición que guarda dentro del complejo de intercambio de relaciones que representa en un grupo social, por lo que toda interacción constituye una relación episódica entre individuos y es necesario analizar las dimensiones de esos episodios para definir el criterio de cambio conductual.

D) La valoración del origen y dirección del cambio conductual: los valores y las ideologías sustentantes deben explicitarse como condiciones específicas que enmarcan las interacciones episódicas entre los individuos y de los individuos con sus grupos de referencia, plantea que a) existe una relación entre la génesis histórica y la disposición conductual presente frente a un problema, por lo que deben analizarse qué recursos desde el punto de vista interactivo posee el individuo y cómo se han expresado en formas episódicas que le afecten a él o a otros; b) debe examinarse la interrelación entre las diversas dimensiones episódicas antes señaladas, para identificar los efectos recíprocos que mantienen el problema y analizar las estrategias y procedimientos pertinentes para alterar estas interrelaciones, y c) realizar una intervención en diferentes direcciones y la participación del individuo para mantener las nuevas interrelaciones generadas.

E) La participación relativa del psicólogo y el usuario en el proceso de cambio: se fundamenta en el análisis de las interrelaciones episódicas, y no en el comportamiento aislado del individuo y plantea el análisis de dichas interrelaciones episódicas en el contexto específico de los valores e ideologías del grupo de referencia del individuo.

De este análisis él desprende que:

1.- En primer término la delimitación del problema se elabora conjuntamente entre el individuo afectado y el terapeuta o analista conductual, es más bien el individuo quien debe explicitar, bajo la asesoría metodológica y analítica, las interrelaciones que definen su problema y las variables que le afectan a él y a otros en esta interdependencia.

2.- La estrategia de cambio tiene que plantearse sobre un eje central: la propia conducta del individuo "afectado" como promotor y participante activo en la modificación de las interrelaciones episódicas en las que se encuentra involucrado.

El ACA establece que el aprendizaje de la persona se va adquiriendo a través de su desarrollo y establece que la persona es un ente activo, que constituye su propia personalidad y realidad en base a su pensamiento e ideas, es decir, 1) relación persona-ambiente, 2) el origen de la conducta y como en base a la interacción persona-medio se modifica (Mahoney, 1988). Se evalúa lo que la persona comenta o hace y toma en cuenta las conductas problema de la persona al inicio, durante y al final del tratamiento. El tratamiento conductual puede ir siendo modificado en algunos detalles durante el transcurso de su aplicación, conforme se vayan presentando las necesidades de la persona que esta siendo tratada, todo con el fin de llegar a la realización de los objetivos del consultante de manera más eficaz y exitosa para él.

Ahora bien, es importante tener en cuenta que el tratamiento desde el enfoque conductual concibe al ser humano como un ente que se ve influenciado por una serie de factores (historia personal, familiar, social y cultural) que ejercen influencia sobre el individuo en cuanto a su manera de pensar, actuar y sentir, y a la vez, éste influye en el medio provocando todo un proceso de cambio y/o eliminación de algunas conductas (Goldstein y Kanfer, 1987).

Dentro de los lineamientos generales cuando se ha realizado la programación de la intervención terapeuta y consultante, a partir de los objetivos personales y sus efectos sobre el grupo social al que pertenece, es importante tomar en cuenta lo siguiente (Kazdin 1983):

- 1.- Entrenar al consultante también en el ambiente natural para ampliar o continuar un programa llevado a cabo en un ambiente terapéutico (se puede hacer mediante tareas específicas a casa, trabajo o escuela).
- 2.- Sustituir las consecuencias extrínsecas utilizadas en un principio para modificar la conducta por reforzadores "naturales" (por ejemplo atención de los demás).
- 3.- Retirar gradualmente las contingencias, de forma que el cliente realice las conductas deseadas durante períodos largos sin contingencias específicas.
- 4.- Desarrollar la conducta en presencia de diversos estímulos (ambientes y personas), de forma que la conducta establecida esté controlada por una amplia variedad de estímulos y el consultante desarrolle un patrón generalizado de respuestas.
- 5.- Aplicar programas de reforzamiento intermitente para que la conducta se mantenga cuando las consecuencias se administren con poca frecuencia o cuando se elimine completamente.
- 6.- Aumentar la demora entre la conducta y las consecuencias, de forma que de vez en cuando el consultante no reciba consecuencias mientras continúa realizando la conducta.
- 7.- Desarrollar técnicas de autoadiestramiento, mediante las cuales el individuo se administra sus propias consecuencias, se da autoinstrucciones u observa su propia conducta.

Actualmente, existen innumerables investigaciones, revistas, organizaciones, congresos y seminarios que abordan los avances en la metodología con el uso de las técnicas de modificación de conducta, el ACA y la MC, así también, la diversidad de problemáticas que se tratan a partir de estos principios como podrían ser: la psicosis, trastornos de ansiedad, fóbico,

obsesivos-compulsivos, estrés, trastornos depresivos, trastornos por consumo de sustancias, parafilias y disfunciones sexuales, trastornos del desarrollo como autismo, aislamiento, conducta antisocial, retraso mental, enfermedades físicas, salud, medicina conductual, dolor; en la educación, los hospitales, las prisiones, en la industria y comercio, en la capacitación de personal, entre muchos otros.

Weiner (1992) por su parte nos dice que en la década de 1960 y 1970, la aplicación de esta terapia a una mayor diversidad de poblaciones y problemas, así como la creciente complejidad en el diseño de la investigación conductista, han dado lugar a interrogantes imprevistas que, a su vez han llevado a formular teorías cada vez más complejas y divergentes dentro de la terapia conductual. Los avances posteriores en el análisis conductual aplicado, la teoría neoconductista (E-R) del aprendizaje, la teoría del aprendizaje social y la modificación cognoscitiva de la conducta, ejemplifican la amplia variedad teórica actual.

4.2.2. Procedimiento General

Para poder describir en términos generales el procedimiento desde el enfoque de la Modificación de Conducta o el Análisis Conductual Aplicado, diremos que el conjunto de técnicas que se utilizan entran en la fase de intervención, las cuales son muchas y no se agotarán aquí (además de que cada una tiene su secuencia particular de procedimiento), solo se mencionará el procedimiento a seguir para aplicar tal o cual técnica (pudiéndose referir el lector a las fuentes citadas sobre las técnicas más empleadas), por lo que en este apartado, nos referiremos a los pasos a seguir en la atención clínica a un consultante desde la MC o el ACA.

Melamed y Siegel (1980), describen seis etapas para una intervención terapéutica y son:

I.- Seleccionar y definir la(s) conducta(s) a modificar

A.- Conductas excesivas

B.- Conductas deficitarias

C.- Control de estímulos inapropiado o deficiente

D.- Conductas favorables

II.- Utilización de Métodos de Evaluación o recolección de datos

A.- Autorreportes

B.- Observación conductual

C.- Automonitoreo

D.- Mediciones de productos permanentes

E.- Instrumentos psicológicos

III.- Análisis Funcional de la Conducta

A.- Eventos Antecedentes

B.- Consecuencias

IV.- Seleccionar e implementar un programa de intervención

A.- Motivación para el cambio

a.- Ganancias secundarias para el consultante

b.- Significativo para otros

B.- Evaluación de reforzadores disponibles

C.- Disponibilidad y cooperación de otras personas significativas u otros profesionales

D.- Factores que mantienen el problema

a.- Deficiencias de habilidades

b.- Pérdida de incentivos

c.- Excesivos o insuficientes síntomas (ansiedad, depresión, enojo)

E.- Estrategias de Tratamiento: Uso de Técnicas de Modificación de Conducta

V.- Evaluación del Programa de Intervención

A.- Monitoreo continuo de los progresos durante el tratamiento (uso de la retroalimentación verbal para hacer modificaciones pertinentes)

B.- Programación del mantenimiento y generalización del cambio conductual (transferirlo a la vida real)

C.- Evaluación de seguimiento (para saber si es necesario regresar a algún momento del tratamiento)

VI.- Terminación del programa de intervención

A.- Revisar si se cumplieron las metas y se mantuvo el cambio

Ribes (1980) describe los pasos a seguir para la programación de repertorios conductuales, a partir de los principios del Análisis Conductual Aplicado:

I.- Repertorio Inicial

- A. Seleccionar la Conducta que se pretende modificar como repertorio final
- B. Tomar Línea Base (simple, concurrente o múltiple)
- C. Seleccionar el tipo de registro conductual que se llevará (específico, inespecífico, frecuencia, duración, topográfico o geográfico).

II.- Sistemas Motivacionales

- A. Reforzadores naturales
- B. Reforzadores arbitrarios
- C. Reforzadores generalizados

III.- Repertorios de Apoyo

- A. Imitación
- B. Seguimiento de Instrucciones
- C. Atención
- D. Discriminación

IV.- Aplicación de las Técnicas de Modificación de Conducta

- A. Para Incrementar conductas
- B. Para decrementar conductas
- C. Para mantener conductas

V.- Secuenciación

- A. Definir el tamaño y orden de los pasos

- B. Explorar los estímulos de apoyo
- C. Realizar programas correctivos

VI.- Repertorios Terminales

- A. Seleccionar que tipo de repertorio terminal se espera
- B. Evaluación de la conducta terminal
- C. Seguimiento

Kazdin (1983) describe 4 Fases de la intervención en el tratamiento conductual y son:

1.- Diagnóstico Conductual

- A.- Análisis inicial de la situación problemática
- B.- Clarificación de la situación problemática
- C.- Análisis Motivacional
- D.- Análisis Evolutivo
- E.- Análisis del autocontrol
- F.- Análisis de las situaciones sociales
- G.- Análisis del ambiente físico, social y cultural

2.- Evaluación

- A.- Observación directa
- B.- Autoinforme
- C.- Registros Fisiológicos
- D.- Instrumentos escritos (cuestionarios, escalas, inventarios, entre otros)
- E.- Reportes de personas significativas para el cambio

3.- Tratamiento

* Aplicación según el caso de las Técnicas principales de la terapia conductual

- A.- Desensibilización Sistemática
- B.- Inundación o Implosión
- C.- Terapia Aversiva

- D.- Condicionamiento encubierto
- E.- Modelado
- F.- Biofeedback
- G.- Juego de Roles
- H.- Ensayo Conductual
- I.- Información Auditiva demorada
- J.- Práctica Negativa
- K.- Entrenamiento en Relajación
- L.- Biblioterapia
- M.- Entrenamiento en Habilidades sociales

4.- Seguimiento

- A.- Retirar el reforzamiento y estímulos de apoyo
- B.- Observación directa y de autorreporte
- C.- Atención después de tiempo para el mantenimiento y generalización

Ribes, Díaz González, Rodríguez y Landa (1990) presentan el análisis contingencial como una forma alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento desde el enfoque del ACA y describen este análisis de la siguiente manera:

- I.- Identificación de las relaciones microcontingenciales**
- II.- Evaluación del marco o sistema macrocontingencial**
- III.- La génesis del problema**
- IV.- El análisis de las soluciones**
- V.- La selección, diseño y aplicación de procedimientos de intervención**

Estos autores consideran que los procesos de mediación substitutiva demuestran la factibilidad de considerar interacciones conductuales complejas desde una perspectiva no mentalista, lo que a su vez permite proponer una dimensión funcional viable de cómo operar las relaciones sociales como las relaciones entre individuos. Así mismo que la comparación empírica del análisis contingencial con la psicoterapia y técnicas conductuales tradicionales permitirá una evaluación objetiva y rigurosa de sus alcances prácticos y adecuación conceptual (Ribes y cols. 1990).

4.3. Modificación de la Conducta Cognitiva (MCC)

4.3.1. *Principios Básicos y Lineamientos Generales*

Según este modelo cognitivo, los estímulos ambientales externos y las consecuencias conductuales reforzadoras influyen en la conducta pero, a su vez, esta influencia es regulada por factores cognoscitivos.

Meichenbaum (1988) menciona que primeramente es necesario distinguir el concepto de cognición, como hechos cognitivos, procesos cognitivos y estructuras cognitivas.

A.- Hechos Cognitivos: Los hechos cognitivos se refieren a pensamientos e imágenes identificables que tienen lugar en el flujo de conciencia del individuo, o que se pueden recuperar fácilmente si así se desea. Es como una forma de diálogo interno que tiene lugar cuando se interrumpe el automatismo del comportamiento de una persona, cita a Beck (1976) que los ha descrito como pensamientos automáticos, mensajes discretos que aparecen en forma acortada, casi siempre en términos de podría, debería o tendría que, y son relativamente idiosincrásicos y difíciles de interrumpir. Este diálogo incorpora, entre otras cosas, atribuciones, expectativas y evaluaciones sobre sí mismo, de su tarea, o de ambos, o bien pensamientos e imágenes que son irrelevantes con respecto a la tarea. Debido tal vez a la naturaleza habitual de las expectativas y creencias, es probable que tales procesos de pensamiento se vuelvan automáticos y aparentemente involuntarios, como la mayoría de los actos demasiado aprendidos.

La naturaleza y el contenido de tales hechos cognitivos pueden influir en la manera de sentir y comportarse de la persona. Richard Lazarus (1981) y John Mason (1975) ambos citados en Meichenbaum (1988) consideran que el grado en que una situación determinada provoca una respuesta emocional depende en gran parte de la interpretación que hace el organismo de la situación y de su capacidad para abordar el acontecimiento. Con esto podrían caer en distorsiones cognitivas como la polarización, la marginación, la exageración y el exceso de generalización que pueden producirse de manera automática e inconsciente.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

B.- *Procesos Cognitivos:* es el término que se utiliza a la manera en que, automática o inconscientemente, procesamos la información, incluidos los mecanismos de investigación y almacenamiento, y los procesos de inferencia y recuperación, los cuales forman representaciones y esquemas mentales. Dice que en la mayor parte de las circunstancias, no prestamos atención a la manera según la cual interpretamos las situaciones, cómo atendemos y recordamos selectivamente los acontecimientos, y cómo buscamos, también selectivamente, la información que sea compatible con nuestras creencias. Cuando una busca y luego confirma sus creencias, éstas (esquemas) se vuelven aún más activas, así la suposición inicial actúa como una predicción y se cumple.

C.- *Estructuras cognitivas:* se refiere a las suposiciones tácticas, las creencias, los compromisos y los significados que influyen en las formas habituales de interpretación personal y del mundo.

Las estructuras cognoscitivas pueden considerarse como esquemas que están implícitos u operan a un nivel automático, son altamente interdependientes y pueden estar ordenados de una manera jerárquica. Los esquemas son organizaciones mentales de experiencia que influyen en la manera de procesar y organizar la información. Las estructuras cognitivas pueden engendrar procesos y acontecimientos cognitivos y afectivos que, a su vez, pueden ser desarrollados o modificados por procesos o acontecimientos en marcha. Las estructuras cognitivas o esquemas sirven para varios fines de representación y codificación, así como interpretativas y deductivas, ya que éstas actúan como plantillas que influyen en la manera de interpretar las situaciones y orientan el comportamiento y los procesos cognitivo-afectivos. Las estructuras cognitivas por tanto, operan como "programas disposicionales perceptivos latentes", preparando a los individuos para responder de determinadas maneras.

Según los teóricos cognoscitivos como Bandura, Meichenbaum, Cameron, Mahoney, Kanfer, Goldstein, Goldfried, Lieberman entre otros, los problemas psicológicos son consecuencia de patrones de pensamientos deficientes, por tanto proponen que el tratamiento esté orientado casi por completo a cambiar los esquemas cognitivos. Las teorías posteriores sobre el significado clínico de la emoción y el afecto han tranquilizado asimismo a los terapeutas conductuales de la "vieja escuela", quienes evitan mediar variables no ligadas directamente a los referentes operacionales debido a que no se

pueden someter a validación empírica estricta. De aquí que la combinación o uso de técnicas conductuales y cognitivas haya dado lugar a la intervención psicológica denominada cognitivo-conductual.

Este enfoque cognitivo postula que el ser humano es individual y cada uno crea en base a su experiencia un conjunto de ideas que le llevan a crear su propia concepción del mundo, es decir, se crea un ciclo en el que se encadena el pensamiento, la conducta y las emociones (Mahoney y Freeman, 1988).

La mayor parte de las técnicas cognitivas centran su atención en la percepción y en la interpretación que el individuo hace de los acontecimientos externos, más que en la influencia directa de sus circunstancias ambientales. Los tratamientos cognitivos representan una orientación nueva en la modificación de conducta. Muchos de los problemas que requieren intervención terapéutica tienen ellos mismos un fundamento cognitivo (obsesiones, autocríticas, pesimismo), por lo que las conductas manifiestas no siempre son el problema por el que una persona solicita tratamiento. De aquí que sea necesario centrarse en los pensamientos, los sentimientos, autoverbalizaciones y otras experiencias privadas.

Los terapeutas con orientación cognitiva coinciden en que existe una relación de interdependencia entre las cogniciones, la conducta y las emociones, los seres humanos muchas veces perciben lo que les rodea de una manera negativa, por medio de pensamientos que les provocan perturbaciones emocionales, y que dependiendo de éstas se presentan las actitudes y comportamientos de cada persona. Ellis y Abrahams (1989) mencionaban que la mayoría de los problemas psicológicos se deben a la presencia de patrones de pensamiento equivocados o irracionales.

Estos patrones son evidentes en las verbalizaciones implícitas derivadas de las hipótesis o suposiciones que una persona establece acerca del mundo y de las cosas que le suceden, así A. Ellis desarrolló la Terapia Racional Emotiva o TRE. El tratamiento cognitivo establece que la conducta de una persona depende de sus ideas o pensamientos, por lo tanto, el individuo tiene la capacidad de crear sus propias concepciones sobre el mundo y la realidad (Caballo, 1991).

El modelo de la modificación de conducta cognitiva tiene la suposición de que los procesos cognoscitivos son responsables de la mayor parte de la conducta desadaptada, y de que estas cogniciones deben modificarse, los sentimientos y la conducta están determinados en gran parte por los constructos cognitivos del individuo que, en la medida en que éstos reflejan la realidad, concepto y valoración de uno mismo crecerá. Se hace referencia a la metacognición, que alude al "pensamiento acerca del pensamiento", o sea la reflexión sobre las estrategias y procesos cognoscitivos de uno mismo.

El término modificación cognitiva se utiliza para referirse a tratamientos que intentan cambiar la conducta manifiesta modificando los pensamientos, interpretaciones, suposiciones y estrategias de respuesta del sujeto. Utilizando la terapia racional emotiva, el entrenamiento en autoinstrucción, la solución de problemas y el autocontrol entre otras, (Kazdin 1983).

Los problemas que aparecen en la consulta del terapeuta están basados frecuentemente en pensamientos, autoverbalizaciones y otros procesos encubiertos. En estos casos, los fenómenos privados son normalmente el objetivo fundamental del tratamiento, ya que los pensamientos, percepciones e interpretaciones de la realidad desadaptativas o ilógicas de trastornos psicológicos específicos tienen una importancia etiológica, puesto que a menudo subyacen o agravan problemas de conducta manifiesta concretos. Las investigaciones sobre el papel de la autoinstrucción también han atribuido a despertar interés por los tratamientos cognitivos (Weiner 1992).

Meichenbaum (1988), describe lineamientos generales desde el enfoque cognitivo, dentro del cual se encuentra que el terapeuta podría:

- 1.- Ayudar al consultante para que éste sea consciente de sus procesos de pensamiento y aumentar la probabilidad de que en el futuro revise el diálogo interno y lo modifique.
- 2.- Proporcionar información para que el consultante tenga conocimiento personal de sus procesos cognitivos, y la capacidad de controlarlos representen la metacognición, que le proporcione un enlace entre lo que normalmente permanece al margen del conocimiento consciente y lo que es accesible para evaluación, investigación y adiestramiento de sus pensamientos o ideas.

- 3.- Ofrecer adiestramiento en las reacciones posibles ante los contratiempos que enfrentará.
- 4.- Ayudar al consultante a descubrir a través de la experiencia práctica que las antiguas estructuras cognitivas son cuestionables y no están justificadas, y que la adopción de estructuras nuevas y más adaptativas es gratificante.
- 5.- Ayudar a los consultantes a tener conciencia de la naturaleza transaccional de su situación y el afrontamiento que hace ante ésta, de cómo sus reacciones pueden contribuir a aumentar o mantener el problema.
- 6.- Se debe tener presente que no todos los individuos necesitan o quieren intervenciones formales, por lo que es necesario que expresen sus situaciones a su propio ritmo. Es necesario que el consultante pueda expresar y reexperimentar sus sentimientos con paciencia y en confianza.
- 7.- El simple hecho de reexperimentar los hechos estresantes no es en sí mismo terapéutico, es necesario utilizar las nuevas experiencias de los consultantes como un medio para lograr una interpretación más adaptativa de lo que les sucedió y ayudarles a conseguir de nuevo la sensación de que son eficaces reforzando su autoestima.
- 8.- Es importante hacer uso de varios instrumentos verbales y no verbales para el apoyo terapéutico, ya que es importante obtener la información sin que la persona se sienta amenazada.
- 9.- Es necesario establecer una relación terapéutica segura, donde la persona pueda sentirse con la confianza de no ser juzgada, criticada o cuestionada por sus ideas o creencias, así como una postura abierta al cambio o a la resistencia.
- 10.- Es indispensable en este enfoque ayudar a las personas a recuperar sus creencias destruidas (que le eran positivas y motivantes).
- 11.- Es necesario informar de la vulnerabilidad que crea la experiencia de algo traumático, de tal manera que sus sentimientos, emociones, pensamientos se puedan interpretar más como una forma de buscar significado, de intentar seleccionar los hechos dolorosos, que como síntomas de una conducta inadaptada.

12.- Es importante dentro de la teoría cognitiva, ayudar a redefinir o resignificar las experiencias, sus reacciones, así como su misma condición, de modo que las visiones que tienen de si mismos y del mundo no resulten demasiado discordantes.

13.- Debe hacerse un análisis preciso de cuándo sus procesos de pensamiento y conducta son adaptativos o inadaptativos, ya que hay situaciones que provocan sentimientos de depresión, tristeza, soledad o ira, pero que son temporales y "lógicos" ante una situación dada.

14.- Debe incluirse un apartado en el proceso de ayuda de información normativa, para que las personas conozcan las reacciones que se tienen ante tales o cuales eventos y ellos puedan obtener un marco de referencia necesario para comprender y asumir mejor su situación conflictiva y sus reacciones.

15.- El terapeuta tiene que ser muy sensible a las reacciones del consultante a cada técnica clínica y estar dispuesto a retroceder en la terapia para seguir a la persona.

16.- El terapeuta puede utilizar una serie de técnicas cognitivo-conductuales, para ayudar a las personas a reinterpretar su situación.

Meichenbaum y Genest (1987) opinan que es necesario hacer modificaciones en tres esferas para obtener resultados duraderos:

A.- La conducta: a medida que se modifica la conducta del consultante, también se alteran la percepción del entorno hacia éste, lo cual produce más cambios.

B.- El discurso y las imágenes privadas: que son los pensamientos autorreguladores que influyen en la respuesta afectiva hacia las manifestaciones conductuales y rigen su ejecución, propuesta que también realiza Bandura.

C.- Estructuras cognoscitivas, se deberán producir modificaciones en su concepción del mundo y su estilo habitual de pensar.

Para lo anterior estos autores mencionan que el primer paso consiste en enseñar a los consultantes a observar mejor su propia conducta (autoobservación); el segundo paso es la producción de nuevos pensamientos y conductas de adaptación y por último consolidar los cambios cognoscitivos ya iniciados, es un proceso largo y aquí solo se enuncian los pasos, pero esto ha dado grandes aportaciones y sobre todo complementarias a otros enfoques terapéuticos.

Goldfried Y Goldfried (1987) mencionan que los métodos de cambio cognitivo, tienen como pautas fundamentales:

- a) Ayudar a los clientes a reconocer que las cogniciones funcionan como mediadores de la activación emocional.
- b) Ayudar a los clientes a identificar la irracionalidad de ciertas creencias.
- c) Ayudar a los clientes a que entiendan que las cogniciones poco realistas funcionan como mediadores de sus propias emociones desadaptativas.
- d) Ayudar a los clientes a cambiar sus cogniciones poco realistas.

McKay, Davis y Fanning (1990), describen detalladamente una serie de técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés, que involucran problemas de salud, emocionales, cognitivos y conductuales, entre los que se encuentran: La aserción encubierta; La solución de problemas; La desensibilización sistemática, La inoculación de estrés; La sensibilización encubierta; La visualización; El reforzamiento encubierto; El modelamiento encubierto; La clarificación de valores; La intención paradójica, El recondicionamiento orgásmico y alternativas cuando estas técnicas no son aplicables.

Meichenbaum y Genest (1987), Kanfer y Golstein (1987), realizan una descripción amplia de la integración de los métodos cognitivos y conductuales, de esta integración se han formado un sinnúmero de técnicas como las que se mencionarán más adelante por Slaikeu (1988), entre las que encontramos: Reforzamiento (positivo y negativo); Castigo; Extinción; Modelado e Imitación; Moldeamiento por Aproximaciones Sucesivas; Control de Estímulos; Generalización; Desvanecimiento; Encadenamiento; Desensibilización Sistemática; Entrenamiento Asertivo; Solución de

Problemas; Relajación; Juego de Roles; Reestructuración Racional Sistemática; Terapia Racional Emotiva, Implosión; Técnica aversiva; Autosugestión; Autocontrol; Condicionamiento Encubierto; Hipnosis y Autohipnosis; Biofeedback o Retroalimentación; entre otras, que han permitido que la población consultante ante diversidad de problemas psicológicos pueda recibir una atención más completa y eficaz, y que esto nos permite ver que actualmente las Técnicas de Modificación de Conducta o el Análisis Conductual Aplicado no se aplican de manera pura, rígida y sin tomar en cuenta las emociones, sentimientos, pensamientos, actitudes y comportamiento del ser humano, aunque para fines de investigación seria, se trabaja con los métodos más delimitados para el control de variables, no siendo así en la práctica clínica, ya que lo que se busca principalmente es el bienestar del consultante y no la comprobación de que tal o cual técnica funciona en general o en casos específicos, tomando en cuenta que cada persona representa una problemática muy particular, con historia y desarrollo individual y los lineamientos generales de los enfoques terapéuticos dan pautas a seguir y no reglas estrictas y rígidas de qué hacer paso a paso con cualquier caso.

4.3.2. Procedimiento General

Dado que la Modificación de Conducta Cognitiva no posee un solo y único procedimiento, nos referiremos a algunas técnicas principales que den ejemplo al procedimiento general que se aplica y los puntos básicos a tomar en cuenta para el procedimiento.

Ellis y Abrahams (1989), describen detalladamente cómo es el uso de la Terapia Racional Emotiva (TRE), de la cual describen los siguientes pasos:

La gente llega a la consulta y se determina si la situación que presenta es necesaria para la intervención psicológica, posteriormente se les pide que llenen unos formatos que contienen preguntas acerca de la situación presente, de la cual se van formando las etapas de la TRE, para posteriormente trabajar en las sesiones estos aspectos:

A.- Descripción de las experiencias o acontecimientos Antecedentes de la situación presente.

B.- Creencias sobre sus experiencias activantes

- a.- Creencias racionales (lo que quiere o desea)
- b.- Creencias irracionales (sus demandas o exigencias)

C.- Consecuencias de sus creencias sobre las experiencias activantes

- a.- Consecuencias emocionales deseables (de las ideas racionales)
- b.- Consecuencias conductuales deseables (de las ideas racionales)
- c.- Consecuencias emocionales indeseables (de las ideas irracionales)
- d.- Consecuencias conductuales indeseables (de las ideas irracionales)

D.- Discutir o debatir las creencias irracionales: Esto se realiza en las sesiones terapéuticas y se dejan tareas que deberán traer las siguiente sesión.

E.- Efectos de Debatir o discutir las ideas irracionales: Se analizan los efectos y en qué momento es necesario regresar a determinadas ideas o creencia irracionales para poder reconceptualizarlas.

Meichenbaum (1988) describe ampliamente en su Manual de Inoculación de Estrés, cual es procedimiento general que él utiliza y es de la siguiente manera:

I.- Fase Educativa (Información normativa): En esta fase se establece la relación terapéutica en la cual este autor da lineamientos generales y el contrato terapéutico (aunque no siempre se usa), así mismo proporciona la información más relevante del entrenamiento, sus efectos y actividades del consultante.

II.- Fase de Evaluación o Conceptualización: Entrevistas, autorregistros, observación directa, evaluaciones conductuales (escalas, inventarios, cuestionarios): En esta fase se lleva a cabo la recolección de la información necesaria sobre sus pensamientos, sentimientos y conductas, así como se realiza el entrenamiento en registros y se llenan los instrumentos conductuales necesarios para conformar la intervención y delimitar las pautas a seguir.

III.- Fase de Reconceptualización: Una vez que se ha realizado la evaluación, se prosigue a reconceptualizar el problema del consultante, exponiendo cuáles son los pasos a seguir a partir de la evaluación, cómo se ha conformado el problema y cuáles son los elementos más importantes a trabajar.

IV.- Fase de Intervención-Adquisición y aplicación de habilidades de afrontamiento: En esta fase, se lleva a cabo el entrenamiento de habilidades necesarias para el consultante en función de la evaluación y reestructuración del problema, se aplican en el consultorio y se deberán llevar a cabo en la vida cotidiana o situaciones problemáticas, se utilizan varias técnicas entre ellas se encuentran:

- A.- Relajación muscular
- B.- Control de la respiración
- C.- Juego de Roles
- D.- Modelado encubierto
- E.- Detención de Pensamiento
- F.- Autodiálogo dirigido
- G.- Solución de Problemas
- H.- Ensayo conductual

V.- Fase de Aplicación y Consolidación: Una vez que se han llevado a cabo estas técnicas, se procede a la aplicación en la vida cotidiana ya sin el entrenamiento, la consolidación se realiza cuando la persona piensa, siente o se comporta de la manera esperada para ella, así como se regresa a fases anteriores o entrenamiento más específico si no se han logrado los resultados esperados.

- A.- Se retoman pasos de la fase IV
- B.- Se aplica en vivo
- C.- Se analizan consecuencias, recaídas e imprevistos

VI.- Fase de Terminación y Seguimiento: En esta fase, una vez revisado el punto anterior, se prosigue a separar las sesiones terapéuticas, de manera que la persona pueda evaluar si estas habilidades adquiridas las puede aplicar sin ayuda del terapeuta y ha resuelto exitosamente su situación problemática, se generaliza a otras situaciones y se evalúa la conveniencia o no de posteriores sesiones de seguimiento.

Goldfried y Goldfried (1987) al describir los métodos de cambio cognitivo, hacen referencia a los pasos que se llevan en el entrenamiento de la Solución de Problemas, que consta de:

A.- Orientación General: En esta parte, se explica al consultante los aspectos básicos que se toman en cuenta para la solución de problemas, los mecanismos cognitivos que operan y las alternativas de cambio que se pueden esperar, se establece la relación terapéutica y el encuadre del procedimiento.

B.- Reconocimiento del Problema: Esto consiste en la expresión y descripción del consultante sobre lo que le genera problema, la evolución que ha tenido y sus efectos sobre sus emociones, sentimientos, conductas y la relación con otros.

C.- Definición y Formulación del Problema: Una vez expuestos los motivos que llevan a la consulta o necesidad de solución, se define cuál es el problema principal y se define en términos claros y concretos y que dependa del consultante su solución, así como se expresan las particularidades del problema, quiénes más están involucrados y a quién le afecta tal o cual solución.

D.- Planteamiento de soluciones posibles: El consultante realiza aquí una lista de todas y cada uno de las posibles soluciones, sin importar lo ilógico, absurdo o irreal que sea, se enlistan todas las posibilidades que el consultante piense que podrían dar solución al problema, pueden ser en desorden, lo importante es una lluvia de ideas de todo lo que se le ocurre que podría hacer para resolverlo.

E.- Selección de la(s) soluciones más óptimas: Una vez que se tiene la lista de posibles soluciones, se procede a eliminar todas aquellas que no están al alcance, que no son realistas, que perjudican a otros, que empeoran el problema o que no es posible lograr de momento, para que vayan quedando sólo aquellas que sean las más viables y se colocan en jerarquías de las más posibles a las menos, aquí se procurará que queden las menos posibles y se analizan sus ventajas, desventajas y balance entre las opciones.

F.- Puesta en práctica de esta solución: Ya que han quedado las posibles soluciones más viables, se llevan a la práctica una por una, se ha analizado ya la forma, momento, lugar, persona, actitud y conductas que deberá tomar en cuenta el consultante.

G.- Verificación de resultados: Ante cada puesta en acción de las soluciones encontradas, se deberá revisar los resultados de cada una de ellas, para hacer modificaciones (ampliar, reducir o cambiar) a las soluciones propuestas, se revisará si se llevó a cabo cómo se analizó y qué factores pudieron influir para que no fuera satisfactorio el resultado.

Meichenbaum y Genest (1987) explican las etapas o fases para la modificación de conducta cognitiva en adultos como sigue:

Fase I.- Conceptualización del Problema (Evaluación Inicial): En esta fase el terapeuta y el consultante redefinen los problemas de éste en términos que den al consultante un sentido de control y un sentimiento de esperanza, especialmente en términos que lleven a intervenciones conductuales concretas; así los dos intentan redefinir el problema para que sean aceptables para ambos (pero sobre todo para el consultante). Existen diferentes elementos (la manera en que el terapeuta discute el problema, el tipo de preguntas que hace, la clase de procedimientos de evaluación que emplea, el contenido del fundamento de la terapia y el tipo de tareas que deja al consultante para que realice en casa) que contribuyen a elaborar una conceptualización común entre el terapeuta y el consultante.

Esta fase comienza con la exploración que hace el terapeuta de la amplitud y duración del problema que presenta el consultante, éste puede hablar de los sentimientos o pensamientos que presentó y experimentó antes, durante y después de la situación, a partir de esto el terapeuta ayudará al consultante a darse cuenta de los aspectos irracionales, autodestructivos y autosuficientes de su estilo de pensamiento, verbalizaciones e imágenes.

El objetivo de esta fase es recabar información sobre los problemas del consultante, establecer el terreno de trabajo para que el terapeuta y el consultante elaboren una conceptualización común del problema en cuestión y decidir los medios de la intervención terapéutica.

Fase II.- La Prueba de la Conceptualización (Evaluación Durante): La segunda fase de este tipo de intervención se presenta para hacer que los consultantes "prueben" y consoliden la conceptualización del problema. La fase empieza cuando el consultante reporta las tareas que se le han encomendado en cuanto al control del diálogo interno, pensamientos e imágenes automáticas.

Esto ayuda a explorar el contenido de sus cogniciones y los aspectos de autonegación y autosuficiencia del tipo de pensamiento propio. Así los consultantes comienzan a descubrir que sus sentimientos y/o emociones negativas no son una propiedad de los acontecimientos externos, sino internos, los cuales contribuyen a provocar y mantener dichas emociones.

En este punto el terapeuta puede introducir el fundamento de la terapia, es decir, las consecuencias de la situación problemática por la que está pasando a través de cómo se siente, qué piensa, qué autoverbalizaciones e imágenes tiene ante la situación, así como la forma en que se trabajará y cómo favorecerá al cambio.

En suma la segunda fase del tratamiento trata de cómo el terapeuta ayuda a su cliente a explorar, ensayar y consolidar la conceptualización de su problema actual.

Fase III.- Modificación de Cogniciones y producción de conductas nuevas (Evaluación Final): Mientras que las dos primeras fases del tratamiento suponen preparar al consultante al cambio, en esta fase de tratamiento, es donde el terapeuta ayuda a éste a modificar su diálogo interno (autoverbalizaciones e imágenes) y a producir conductas nuevas y más adaptativas que se practican en vivo. Estas conductas llevarán a consecuencias que el consultante y el terapeuta pueden considerar a partir de las expectativas y creencias previas del cliente. Esta reevaluación puede dar salida a la creación de nuevas conductas futuras. Así el objetivo de esta tercera fase es el de empezar un proceso en el que lleguen a interactuar recíprocamente la cognición, el afecto, la conducta y las consecuencias del medio. El modo de proceder dependen en parte de la naturaleza del problema en cuestión, de los objetivos de la terapia y de la orientación del terapeuta. Quedando establecido que en esta fase comienza la aplicación de las técnicas de modificación de conducta cognitiva y conductuales.

McKay, Davis y Fanning (1990) describen varias técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés y se describirán sólo los pasos principales que lleva cualquiera de éstas:

- A.- Evaluación Inicial
- B.- Delimitación de los pensamientos automáticos y los deformados
- C.- Entrenamiento en habilidades requeridas (verbales, cognitivas o conductuales)
- D.- Puesta en práctica de las habilidades entrenadas
- E.- Evaluación de Resultados y Modificaciones pertinentes
- F.- Finalización y Seguimiento

Estos procedimientos generales nos dan una pauta a seguir en la programación de una intervención psicológica, utilizando Técnicas de Modificación de Conducta sin olvidar las consideraciones iniciales que se hicieron al principio de este capítulo.

4.4. Aplicaciones a la Violencia Sexual de los Tratamientos Cognitivo-Conductuales

En este apartado expondremos de manera general cómo se ha aplicado los procedimientos cognitivos y conductuales en los tratamientos a personas víctimas de violencia sexual.

Wolff (1977, citado en Samaia 1991), expuso un programa de tratamiento utilizando desensibilización sistemática y práctica negativa a una mujer que tuvo un intento de violación. Una mujer de 20 años de edad, que describió el problema como resultado de un intento de violación cuando tenía 13 años, ella cuidaba a un niño, se quedó dormida y despertó bruscamente por un hombre que brincó sobre ella y la amordazó, amenazando su bienestar y el del niño bajo su cuidado. Técnicamente la violación no ocurrió, ya que el hombre eyaculó antes de la penetración y se fue de la casa. Entonces ella fue capaz de liberarse y llamó a sus padres, quienes notificaron a la policía.

Por años odió a los hombres. No se reportaron dificultades con los hombres en las citas ni en situaciones sexuales; sin embargo, desde aquel incidente, no había pasado una noche sola, se había mudado a un apartamento con su hermana (una policía) y otra amiga. Se empezó el tratamiento debido a que su amiga se estaba mudando y su hermana estaría trabajando por la noche hasta las primeras horas de la mañana, su queja principal era el miedo de estar sola, especialmente en la noche. El método que se empleó fue el siguiente:

A.- Desensibilización Sistemática: se le atendía una vez por semana. La consultante fue entrenada con la relajación muscular y se le pidió registrar el número de horas que durmió cada noche. Aún cuando estaba tomando medicamento para dormir "más de la cuenta", el estado de alta ansiedad la mantenía despierta casi toda la noche. De tal manera que las horas dormidas por la noche fue la variable dependiente.

La desensibilización sistemática de rutina procedió con la jerarquía de estar sola en un departamento con un aumento en los grados de oscuridad y escuchando ruidos extraños cerca y dentro de su casa. El aspecto final de la jerarquía era ser despertada en un cuarto oscuro por un telefonema de un tipo que le informaba que la violaría. Posteriormente de la jerarquía, se asociaba cada una de las imágenes con el logro de estar relajada, desde la primer jerarquía hasta la última. El insomnio ya no fue un problema al final de la cuarta semana. Ella misma discontinuó el medicamento. Al final de la séptima sesión la jerarquía fue completada.

B.- Práctica negativa: siguiendo el programa de desensibilización sistemática, ya no tuvo miedo cuando se encontró sola en el departamento, pero ella hacía una búsqueda de algún extraño en la casa, que incluía 13 pasos separados que iban desde mirar en la cocina hasta abrir los closets y mirar abajo de las camas. Este ritual existía desde el ataque y no fue afectado por la hora del día, la variable era que lo hacía cuando estaba sola.

La práctica negativa comenzó cuando se le explicó a la consultante que haría el chequeo de los 13 lugares 5 veces consecutivas, lo haría de la forma acostumbrada, pero cuando terminara una, se saldría de la casa, regresaría y volvería a checar los 13 lugares y así hasta hacerlo 5 veces, cada vez que tuviera la necesidad de checar, lo haría en una rutina de los 13 lugares 5 veces o ninguno, al cabo de una semana desistió de sus chequeos.

Se realizó seguimiento de 6, 12 y 24 meses y no se reportó recaída. El propósito de la terapia no era sentirse relajada mientras se camina a través de los callejones oscuros, de alta peligrosidad o mantener un nivel de ansiedad bajo que no le permitiera estar alerta; el propósito fue modificar específicamente las conductas de alta frecuencia, las cuales estaban obstaculizando el vivir su vida en forma de su elección.

Silverman y McCombie (1978) describen los aspectos principales que se deben abordar con las parejas y los familiares de víctimas de violación para proveer un verdadero medio de apoyo para los esfuerzos reconstituidos de la víctima en el período post-traumático, de la manera siguiente:

- 1.- Estimulando la expresión abierta sobre la pareja y familiares de sus respuestas efectivas a estas crisis. Es decir permitiendo los familiares que la víctima se exprese y canalice sus sentimientos de una manera positiva.
- 2.- Facilitando la comprensión cognitiva de lo que la experiencia de violación significa realmente para la víctima.
- 3.- Educando a la gente cercana a la víctima acerca de la naturaleza de la crisis que ella está experimentando y ayudarlos a anticipar consecuencias psicológicas y somáticas del episodio traumático.
- 4.- Dando asesoramiento didáctico a miembros de la familia individualmente, a quienes las respuestas personales a la crisis compartidas son tan profundas que afectan su habilidad y así poder sobrellevarlo adaptativamente, personas cercanas a la víctima pueden ser sujetos de las mismas incomprensiones, prejuicios y mitologías que rodean el crimen de violación y que son mantenidos por el público en general.

El terapeuta debe hacer esfuerzos de enseñar a la familia y parejas acerca de la naturaleza de la crisis precipitada por la violación, lo que se logra con esto es el cambio de conducta cognitivo de la pareja y de la familia respecto a la violencia sexual, las víctimas, sus consecuencias y necesidad de apoyo, para poder ser una red de apoyo para la víctima y los familiares cercanos más afectados, dentro de lo cual se incluye:

- A.- Explicar la naturaleza violenta inherente de la violación como un crimen, ayudando a los miembros y familiares a comprender que la experiencia ha sido más una amenaza a su vida que un episodio sexual.

Se debe hacer claro que los sentimientos predominantes experimentados por las víctimas post-traumáticos son aquellos de impotencia afrontados en una situación de vida o muerte, vulnerabilidad, devaluación y miedo de perder la habilidad de controlar los eventos en sus vidas. Miembros familiares necesitan asistencia considerable para ayudar a las víctimas o removilizar sus condiciones afectivas de superación.

B.- Preparando a la familia sobre las secuencias psicológicas y fisiológicas predecibles de la violación descritas como el síndrome de trauma por violación. El terapeuta deberá explicar cuidadosamente por adelantado, que a continuación de un período de reajuste aparente, puede haber emergencias, pesadillas, insomnio, llanto, sentimientos de humillación, miedo, coraje y culpa. Deben darse conocimientos previos de patrones posibles de reacción que pueden ayudar a disminuir las afectaciones familiares cuando ocurran y permitir a la familia responder a la víctima en una forma más calmada.

C.- Ayudando a la familia a comprender que son más productivos cuando asisten a la mujer en movilizarla, en sus propias habilidades de superación como una adulta autónoma que como un niño indefenso. Esto debe estimular a la familia, no forzar, la expresión abierta de los sentimientos de la víctima, acordando fuertemente la idea de que la violación como otras crisis de la vida, no necesita destruir el potencial de la mujer para su funcionamiento normal en el futuro y ayudando a la familia a aprender como controlar sus deseos, no intervenir por la fuerza para deshacer el trauma de la violación.

D.- El terapeuta debe modelar conductas de seguridad, de empatía y evitar la tendencia de ser sumamente directivo. Es importante ayudar a la familia a dominar la realidad, es sumamente difícil de que haya una cosa mágica o receta que pueda ser dicha para hacer todo mejor.

Estos autores concluyen que en su experiencia como asesores, han encontrado que la educación a la familia, el modelado de comportamiento más efectivo y el ensayo conductual han sido un gran apoyo para la recuperación de las víctimas de violencia sexual.

Turner y Frank (1981) reportan la aplicación de la terapia conductual en víctimas de violación. Ellos utilizaron la desensibilización sistemática (con 9 víctimas) y la terapia cognitiva de la conducta (con 10 víctimas).

El procedimiento consistió en una Evaluación inicial de las conductas, pensamientos y sentimientos más prevalecientes después de la violación. Los instrumentos que aplicaron fueron 6 (los cuales median ansiedad, miedo, depresión, sentimientos inadecuados, y ajuste social), posteriormente a esto se aplicaron los procedimientos conocidos de desensibilización sistemática y cambio cognitivo (que no describen detalladamente), los resultados muestran un cambio del pretest y el postest en cuanto a las conductas más prevalecientes como ansiedad, miedo, pensamientos autonegativos, depresión, enojo, aislamiento y relaciones interpersonales (ya que decrementaron las conductas indeseadas e incrementaron las deseadas).

Mencionan que son técnicas muy eficaces para la reducción y modificación de las consecuencias ocasionadas por una ataque sexual, además de proporcionar la terapia cognitiva elementos importantes par la prevención en medicina conductual y salud pública, ayudando a que las personas puedan modificar sus pensamientos sobre la vulnerabilidad ante una situación de ataque sexual.

Veronen y Kilpatrick (1987) realizaron un estudio muy amplio (y otros más) sobre el uso de la inoculación de estrés en víctimas de violación.

Paso I. - El primer paso consistió en la determinación del acceso al tratamiento, el cual comprendía, a) Haber transcurrido al menos tres meses del ataque. b) Aumento de la ansiedad y el temor. c) Presencia de fobias claramente definidas. d) Presencia de conductas de evitación específicas. e) Ausencia de otras conductas patológicas que interfieran con el desarrollo del tratamiento, y f) Deseo de participar el en tratamiento.

Paso II. - Evaluación de las conductas objetivo: esto implica seleccionar los miedos o fobias que generan más malestar (estrés) en la persona y que no estaban antes del ataque.

Paso III. - Evaluación de la eficacia del tratamiento: esto significaba hacer ejercicios de prueba para conocer las situaciones, personas o comportamientos más idóneos para cada participante, así como la elección de las participantes a cada tratamiento.

Paso IV. - Procedimiento: consistió en 3 tratamientos diferentes (consejo de iguales, desensibilización sistemática y entrenamiento en inoculación de estrés) con una duración de 20 horas cada uno, aplicados individualmente. 2 veces por semana de dos horas cada una, se aplicó por personal femenino capacitado para la intervención, además de que se registraban magnetofónicamente y se supervisaba el trabajo. El procedimiento de inoculación de estrés (que se aplicó a todas) constó de tres fases:

A. - Fase Educativa: que consistía en la explicación amplia de la generación de comportamientos posteriores a un ataque sexual, sus manifestaciones y fundamentos en la psicología humana (condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social), se da el fundamento desde el enfoque cognitivo-conductual.

B. - Fase de Entrenamiento en habilidades de afrontamiento (adquisición y aplicación), dentro de esta fase, se comprendieron seis habilidades principales:

- a.- Relajación muscular
- b.- Control de la respiración
- c.- Juego de roles
- d.- Modelado encubierto
- e.- Detención de Pensamiento
- f.- Autodiálogo dirigido

C. - Seguimiento: Que consiste en asignación de tareas a casa una vez terminado el entrenamiento en inoculación de estrés y sesiones posteriores de mantenimiento.

Estos autores concluyen que aunque la muestra es pequeña y para la fecha del artículo no tenían datos contundentes o definitivos sobre la eficacia del tratamiento, si podían decir que las puntuaciones en miedos, ansiedad y estrés de acuerdo con la valoración inicial redujeron significativamente a situaciones normales antes del ataque, según reporte de las personas participantes, por lo que las técnicas cognitivo-conductuales son una gran herramienta para la atención de las víctimas de violación y sus consecuencias cognitivas, motoras y emocionales.

Meichenbaum (1988) ha descrito las consideraciones en el tratamiento de víctimas de acontecimientos vitales, graves y estresantes como es la violación o los ataques terroristas y el entrenamiento en inoculación de estrés proporciona una gran herramienta para el clínico en atención a estas personas.

Everstine y Everstine (1989) describen las consecuencias y tratamientos de las personas que han sufrido ataques sexuales, sobre todo en niños y adolescentes y dicen que un primer paso y muy importante para la recuperación de la persona es el trabajo con la familia, ya que esto proporcionará las bases para que sepan qué es un acto así, cuáles son las consecuencias, manifestaciones, etapas y episodios por los que pasará una persona, se deben dar explicaciones claras; ampliar y despejar sus dudas e inquietudes, proporcionarles la oportunidad de que expresen sus sentimientos, emociones, miedos y sensaciones ante el hecho, las repercusiones individuales y a nivel familiar que ha traído una situación así, ya que en la mayoría de los casos es un familiar o conocido el que realiza la agresión sexual. Los padres y otros familiares darán el soporte emocional necesario para no juzgar y apoyar en lo que sea posible, sin sobreprotecciones ni exceso de ayuda. Aunque su enfoque es psicodinámico, nos muestra ejemplos del uso de reestructuración cognitiva en las víctimas y en sus familiares, dice que el elemento primordial es no juzgar, darle tiempo a la gente para que pueda expresar sus sentimientos, emociones y pensamientos, así como una parte importante es ayudarle a rebatir sus pensamientos negativos hacia sí misma y hacia los demás, ayudándola a que vuelva a confiar en los demás y su autoestima se eleve.

Valladares (1989b, 1993), ha presentado en diferentes foros los resultados de las investigaciones sistemáticas y profesionales del Proyecto de Violencia Sexual de la UNAM Iztacala en el PIAV; y ha descrito de manera esquemática el procedimiento en el uso de técnicas cognitivo-conductuales para personas violadas, las cuales tienen el objetivo de que las personas resuelvan la crisis provocada por el asalto, integrándolo dentro de su estructura de vida y facilitar su disposición para enfrentar el futuro, así como entrenar a las personas que hayan sido violadas en habilidades de enfrentamiento que les permitan reducir las respuestas de ansiedad (fisiológicas, motoras, cognitivas y afectivas) provocadas por el ataque, y lo describe de la siguiente manera:

A.- Evaluación Inicial: donde se quiere obtener la información necesaria sobre datos demográficos, planteamiento del problema (explicación del ataque, datos del agresor, descripción de la agresión, datos legales y posibilidades de embarazo), descripción del comportamiento habitual, comportamiento cognitivo, metas del consultante, motivación para el tratamiento, intentos anteriores de solución y costo que implica tener el problema.

B.- Evaluación de las conductas relacionadas con el ataque: Conductuales, Afectivas, Somáticas, Interpersonales y Cognitivas, por lo que se aplican varios inventarios.

C.- Introducción del entrenamiento para el manejo de la ansiedad inducida por la violación o ataque.

Fase Educativa

Fase de Entrenamiento: Nivel Fisiológico, Cognitivo y Conductual

Fase de Aplicación de Habilidades de Afrontamiento: Relajación,

Reestructuración Cognitiva, Entrenamiento Asertivo, Desensibilización Sistemática, Inoculación de Estrés entre otras.

D.- Postevaluación: se aplican los mismos inventarios que en la fase B, y el autorreporte.

Cabe mencionar que además de la intervención con la víctima, los padres y familiares reciben orientación y asesoría psicológica, para poder integrar el apoyo a la víctima. Sus conclusiones son que las técnicas cognitivo-conductuales proporcionan apoyo objetivo, sistemático y profesional para víctimas de violencia sexual.

Contreras (1991b) reporta el procedimiento que se lleva con los menores que han sido abusados sexualmente, extraído también de la aplicación e investigación del Proyecto de Violencia Sexual del PIAV, UNAM. Este procedimiento fue aplicado a 26 víctimas de abuso sexual (22 mujeres y 4 varones), las sesiones eran de 50 minutos cada una vez por semana, se utilizan las técnicas cognitivo-conductuales y el procedimiento general es el siguiente:

Fase I.- Evaluación Inicial: A través de las entrevistas y la aplicación de inventarios se obtienen cinco sistemas de respuesta: conductual, cognitivo, afectivo, somático y social. En esta fase también se obtienen las consecuencias familiares, escolares y de relaciones interpersonales, así como se obtienen las necesidades de apoyo médico, asesoría legal y atención familiar. La canalización a otras instancias, trámites y asesoría especializada. Es importante evaluar que sólo aquellas consecuencias inducidas por el ataque se trabajarán, ya que en ocasiones los padres quieren que se les ayude a muchas problemáticas que nada tienen que ver con el ataque.

Fase II.- Aplicación de la terapia cognitivo-conductual para el manejo de las consecuencias producidas por el ataque que consta de las siguientes subfases:

A.- Educativa: Los menores al igual que sus padres reciben información sobre la posible etiología de los delitos sexuales, las características de los ataques, los derechos que se tienen como seres humanos (respeto, libertad, privacidad, dignidad), las consecuencias que dejan los ataques, las manifestaciones que se podrían presentar, los mitos que existen y cómo se ha trabajado el problema. Las posibilidades de apoyo, asesoría legal y necesidad de remisión a otros servicios.

B.- Reestructuración cognitiva: A partir de la evaluación, si los pensamientos y creencias del menor están afectando sus relaciones y su autoestima, se le proporciona al menor información de cómo se adquieren los miedos, la inseguridad, la culpa, la tristeza y de qué forma se generalizan a otras situaciones. Se le explica el cómo se presentan los pensamientos erróneos y cómo los manifestamos en el comportamiento; una vez que el menor expresa sus emociones y pensamientos (a través del juego, el dibujo, las cartas o las representaciones con marionetas) y cómo le afectan en su vida a partir del ataque, se buscan las alternativas de pensamiento, sentimiento y comportamiento positivo, se ensayan a través de los mismos medios que los logró expresar o la dramatización. Se trabaja también a través del juego los sentimientos que provocó el asalto para sí mismos y en relación a los demás, sobre todo hacia el agresor.

C.- Entrenamiento asertivo: Se da un entrenamiento en habilidades asertivas para que el menor pueda negarse a peticiones injustas o no deseadas como las caricias, tocamientos, golpes, castigos severos, así como que exprese lo que siente y lo comente a otras personas con claridad, respeto y firmeza, se utilizan técnicas del disco rayado, banco de niebla, interrogación repetida y otras. Así mismo se realiza a través de Juego de Roles, Ensayo Conductual, Modelado e Imitación y Reforzamiento Positivo. Se busca además que el menor desarrolle con esto habilidades cognitivas, verbales y motoras para poder enfrentar exitosamente cualquier situación de amenaza o riesgo para su seguridad posterior.

D.- Prevención: Se introduce información preventiva en la cual se busca que el menor logre detectar señales de peligro, conocer las que considere caricias buenas y caricias malas, así como aquellos comportamientos necesarios para su cuidado personal. Dentro de esta subfase se sigue el procedimiento utilizado en la televisión de: 1. Decir No fuerte y claro cuando la petición no les agrada o les parezca de peligro (el poder mágico de la palabra NO); 2. Alejarse de la situación lo más pronto posible y 3.- Contárselo a alguien de su confianza, si algo ocurre no es su culpa y alguien les creará y los ayudará.

Fase III.- Postevaluación: A través de las entrevistas con los padres, el reporte verbal del menor y la aplicación de los inventarios iniciales, así como el enfrentamiento del menor a una situación real (actuada por parte nuestra) de acercamiento de un adulto, donde se observa la actitud del menor en una nueva situación de peligro, se logra conocer si se ha cubierto las metas, si se estableció la superación del menor a la crisis del ataque, se da por terminada la terapia.

Fase IV.- Seguimiento: Se realizan pequeñas entrevistas y aplicación de inventarios con los menores y sus familiares al mes, a los 3 meses y a los 6 meses, una vez que se concluyó la terapia para conocer si no se ha presentado nuevamente una situación de crisis.

Los resultados de esta investigación y que a la fecha se sigue aplicando en el PIAV, solo que con la introducción de más técnicas y actividades que ayudan al proceso, son en general que al cabo de 3 meses continuos (aproximados) de tratamiento psicológico cognitivo-conductual, las metas de

los menores, así como de sus familiares se cumplen casi en un 90%, los niños regresan a sus hábitos regulares de sueño, apetito, escolares, sociales y de ánimo, así también aquellos sentimientos y pensamientos de abandono, tristeza, agresión, miedo e inseguridad. Las habilidades asertivas y preventivas ante situaciones de peligro se establecieron favorablemente en un 93% de los casos. Estos cambios se van presentando paulatinamente, reportados por los propios menores y sus familiares.

La asesoría simultánea con los padres y familiares de los menores es un elemento primordial en la mejora clínica de los niños, ya que apoyan el trabajo terapéutico dentro de casa y en situaciones sociales o familiares. Por tanto se infiere que la terapia cognitivo-conductual para la atención de víctimas de abuso sexual ha sido favorable, ya que ayuda a que los menores resuelvan a corto plazo la crisis emocional y conductual provocada por el asalto y al mismo tiempo tengan mejor disposición y asertividad para enfrentar alguna situación futura y con el seguimiento, se puede decir que se han presentado en un mínimo de recaídas a patrones de conducta postasalto.

Se ha realizado un seguimiento con 10 menores atendidos hace 10 años y se ha encontrado que no se han presentado situaciones de conflicto que tengan que ver con el ataque, aunque esto no es conclusivo de que con la intervención no se tendrán consecuencias a largo plazo, lo importante a resaltar es que los menores fueron atendidos oportunamente y eso favoreció el mantenimiento de la mejoría clínica.

García (1993) expone en una investigación teórica sobre los factores relacionados con el impacto de la violación que el apoyo terapéutico debe permitirle a la víctima: **A.-** Expresar los sentimientos que le causa la violación: ira, temor, ansiedad y angustia para poder manejarlos. **B.-** Reconocer que puede tomar una nueva dirección en su vida, es decir: valorar los aspectos positivos y negativos, y durante su manejo tomar actitudes que le permitan establecer nuevamente el equilibrio emocional. **C.-** Manejar habilidades propias y/o enseñadas, para percibirse como una persona capaz de conducirse en situaciones estresantes y **D.-** Trabajar con su autoestima e imagen corporal para obtener un sentido de autonomía, control razonable de sí misma y seguridad para no despersonalizarse y desalentarse.

Nava y Sánchez (1996) diseñaron y aplicaron tratamiento cognitivo-conductual para mujeres maltratadas por su cónyuge, dentro del cual utilizaron las técnicas de Desensibilización Sistemática, Entrenamiento Asertivo, Solución de Problemas, Terapia Racional Emotiva, Relajación, Juego de Roles, la población que atendieron y seleccionaron para reportar el estudio fueron 10 mujeres que presentaban las siguientes manifestaciones de malestar en su vida: Ansiedad elevada, inasertividad, ideas irracionales, autoafirmaciones negativas, tensión física, falta de modelos, problemas en la toma de decisiones, baja autoestima y verbalizaciones negativas. El procedimiento consistió en:

I.- Canalización al servicio terapéutico

II.- Fase de Evaluación Inicial: Entrevista y aplicación de instrumentos.

III.- Intervención

A.- Subfase Educativa

B.- Manejo de las problemáticas encontradas (cognitivas, somáticas y conductuales)

IV.- Post-evaluación

V.- Seguimiento

Estas autoras concluyen que con la variación en cada una de las participantes en el procedimiento y los límites para concluir el tratamiento de algunas, el tratamiento cognitivo-conductual ofrece una alternativa muy viable para la atención de personas que han vivido maltrato conyugal o cualquier otra manifestación de violencia sexual.

Por último, Herrera (1997) a partir de su experiencia en el trabajo clínico dentro de la Procuraduría General de Justicia del Estado de México en atención y prevención del abuso sexual infantil, realiza una propuesta de intervención terapéutica para estos casos como sigue:

Sesión Uno: Evaluación y entrevista con los tutores

Sesión Dos: Primer contacto con la niña o el niño

Sesión Tres: Evaluación del núcleo familiar**Sesión Cuatro: Evaluación de las situaciones de abuso sexual**

Sesión Cinco y Siguintes: Tratamiento (que incluye las siguientes técnicas y métodos terapéuticos dependiendo del caso): Desensibilización sistemática, Condicionamiento operante, Condicionamiento encubierto, Modificación de conducta verbal, Autorreforzamiento, Reforzamiento diferencial de otras conductas, Modelamiento, Moldeamiento por aproximaciones sucesivas, Extinción, Tiempo fuera, Toma de registros, Reflejo de ideas y sentimientos, Escritura de cartas dirigidas a personas específicas, Dibujo, Silla vacía, El espejo, Confrontación con el agresor, Terapia ambiental, Terapia de juego, Terapia racional emotiva, Musicoterapia, Juego de roles, Relajación, Metáforas, escritura y/o conclusión de historias, Frases incompletas, Entrenamiento en asertividad, Autoestima, Modificación de conducta social, Terapia de grupo, Directrices para la familia, Visitas domiciliarias y Asignación de tareas.

Ultimas sesiones: Evaluación final y seguimiento

En este reporte, se menciona que estas técnicas que se aplican con flexibilidad dependiendo de la situación, ofrecen una alternativa muy amplia de opciones para el terapeuta en la intervención psicológica, con resultados comprobados dentro de los Centros de Atención a la Violencia Sexual, aunque no se publiquen y se presenten de manera sistemática y bien estructurada para la validez de la eficacia de este tipo de intervenciones.

Actualmente podemos encontrar muchas investigaciones y aplicaciones clínicas del enfoque cognitivo-conductual en casos de violencia sexual, solo que aquí se quisieron presentar las más ilustrativas y que den validez a este tipo de intervención, para la propuesta que se presentará al final.

4.5. Intervención en Crisis (IC)

4.5.1. *Principios Básicos y Lineamientos Generales*

Salikeu (1988 pág. 12) menciona las raíces semánticas de la crisis " un análisis semántico de la palabra crisis, revela conceptos que son ricos en significados psicológicos. El término chino de crisis (*weiji*) se compone de dos caracteres que significan peligro y oportunidad, ocurriendo al mismo tiempo (Welhelm 1967). La palabra inglesa se basa en el griego *krinein* que significa decidir. Las derivaciones de la palabra griega indican que la crisis es a la vez decisión, discernimiento, así como también punto decisivo durante el que habrá un cambio para mejorar o empeorar (Lidell y Scott, 1968)".

Así mismo describe la definición de crisis a partir de la teoría de la crisis como sigue: " Todos los humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y trastornos en las estrategias previas de enfrentamiento. El estado de crisis esta limitado en tiempo (el equilibrio se recupera de cuatro a seis semanas), casi siempre se manifiesta por un proceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones secuenciales de desarrollo a través de diversas etapas, y tener el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos. La resolución final de la crisis depende de numerosos factores, incluyendo la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo (fuerza del Yo, experiencias en crisis anteriores), y los recursos sociales del individuo (asistencia disponible de otros significantes)." Salikeu (1988 pág. 12).

González (1995) menciona que el término crisis en sentido originario es *juicio* -en tanto que decisión final sobre un proceso-, elección en general, terminación de un acontecer en un sentido o en otro, la crisis resuelve una situación y al mismo tiempo designa el ingreso a una situación nueva que plantea sus propios problemas.

La Teoría de la Crisis parte en un primer momento de la definición de crisis, pasando por las causas principales, las etapas y las formas alternativas de mejoría, en este sentido tenemos que una *crisis*, es un estado temporal de

trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo, es decir, las estrategias usuales de una persona para ajustarse o adaptarse operan lo suficiente para manejar sus problemas cotidianos, cuando se presentan situaciones especialmente difíciles, el individuo acciona los mecanismos que le han resultado eficaces en ocasiones anteriores.

En opinión de Caplan (1961 citado en Butcher y cols. 1992), una situación de crisis ocurre " cuando una persona se enfrenta a grandes obstáculos que le impiden alcanzar metas que le son esenciales, y que por el momento no logra vencerlos con sus métodos acostumbrados de solución de problemas" (Pág. 660). Esto puede dar lugar a una situación emocional peligrosa si el sujeto percibe la inminencia de complicaciones que no podrá manejar. La crisis es una alteración aguda que se experimenta en la conciencia, provocada por la incapacidad del individuo para enfrentarse a sucesos funestos.

Caplan (1964) describe las cuatro fases de una situación de crisis típica. Cuando ésta empieza a manifestarse y el sujeto experimenta tensión emocional y desorganización, trata de superarla mediante los mecanismos de adaptación que ha aprendido. En la segunda fase, debido a que sus intentos fracasan, se genera una mayor desorganización. La tercera se caracteriza por un nivel de tensión que aumenta con rapidez, y una intensa movilización de recursos tanto internos como externos. La persona solicita ayuda, o cambia su dirección o metas. Si a pesar de todo esto no logra resolver la crisis ni reducir la tensión, entonces aparece la cuarta fase de este proceso: la desorganización difusa de la personalidad y quizás el colapso emocional. Lo anterior también ha sido expuesto por R. S. Lazarus donde explica que la persona necesita ante la no reducción del problema revalorar y fallar hasta la no respuesta, para que se recupere necesita: a) que la persona tenga la sensación de control sobre la conducta y las situaciones y b) una red de apoyo social; lo que esta apoyado también en la explicaciones del Desamparo Aprendido.

Así, en los lineamientos generales se debe tomar en cuenta que la persona se encuentra en una crisis, para poder proceder a la intervención, Samaia (1991) cita a Grunebaum (1967) y Ruben (1976) para referirse a los principios básicos de la intervención en crisis como sigue:

- 1.- El modelo no presupone un factor de causalidad. No intenta explorar las causas primarias, sino entender los factores precipitantes de la crisis.
- 2.- La amplitud e intensidad del adiestramiento profesional que se requiere para ofrecer la ayuda es menor.
- 3.- La intervención tiende a ser de corta duración.
- 4.- La intervención es corta, pero la recuperación de aceptar los sentimientos de dependencia estará en función de lo que se considere necesario para que la persona comience a sentirse bien.
- 5.- Se deberá realizar intervención con familiares o personas allegadas.
- 6.- Se deberá utilizar los sistemas de sostén ya existentes en la vida personal u otros sistemas de sostén institucional, como los médicos, trabajadores sociales, psicólogos y en el caso particular de víctimas de crímenes, la policía.
- 7.- La orientación hacia la solución deberá ir encaminada a problemas específicos.
- 8.- No presupone condiciones psicopatológicas en las víctimas aunque se considere una técnica preventiva.
- 9.- Va encaminada a desarrollar un sentido de control y competencia en el individuo. Intenta combatir los sentimientos de derrota, pasividad y rol de la persona en la situación.
- 10.- Es necesario revisar 4 elementos fundamentales para poder diferenciar la intervención en crisis de la terapia de crisis que son: un suceso amenazante, un estado vulnerable, un factor precipitante y el propio estado de crisis.

11.- Se diferencia la intervención en crisis de la terapia de crisis básicamente en que la intervención en crisis es la ayuda de primer orden (cuando el sujeto está en el estado de crisis) y la terapia de crisis es de segundo orden (cuando ha pasado tiempo del suceso precipitante y no se encontró una solución viable y el estado de alteración emocional no ha dejado de estar presente)

La intervención en crisis por tanto supone como un proceso dirigido a la integración de la experiencia de crisis dentro de la "manufactura" de la vida, de modo que la persona surja abierta y preparada para enfrentar el futuro.

Según Butcher y cols (1992), los objetivos primordiales de la intervención en crisis son:

- 1.- Alivio de síntomas
- 2.- Ayuda a restablecer el ajuste del individuo: a) prevenir una mayor descompensación, b) restablecer el nivel de ajuste que existía antes de la crisis y c) recuperar el nivel óptimo de funcionamiento.
- 3.- Descubrir los factores precipitantes y
- 4.- Determinar el origen de la crisis con base en experiencias pasadas y problemas presentes de la personalidad.

Slaikau (1988) menciona que el objetivo principal de la intervención en crisis es restablecer el enfrentamiento inmediato, ya que las crisis de la vida se caracterizan por un trastorno de las habilidades para la solución de problemas y enfrentamientos adecuados anteriores. Para la persona en crisis, lo esencial del problema es que él o ella se sienten sencillamente incapaz de tratar las circunstancias abrumadoras confrontadas en ese momento. La finalidad primordial de la intervención en crisis o de primer ayuda psicológica es ayudar a la persona que tome las medidas concretas hacia el enfrentamiento de la crisis, que incluye el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación, e iniciar el proceso de solución de problemas, de ahí se desprenden tres objetivos básicos de la intervención en crisis.

- 1.- Proporcionar apoyo emocional para que la persona no se sienta sola.
- 2.- Reducir la mortalidad, previniendo lesiones, daños a otros o suicidio.
- 3.- Proporcionar enlace a recursos de ayuda externos.

Jacobson, Stickler y Morley (1968, citados en Butcher y col, 1992) mencionan que la intervención en crisis tiene en sus lineamientos generales:

- 1.- **Manipular el ambiente:** lo que implica poner en contacto a la persona con especialistas o instituciones adecuadas para su atención.
- 2.- **Apoyo general:** escuchar a la persona, sin atacar o rebatir lo que diga, darle sostén o contención emocional para poder proseguir con ayuda externa.
- 3.- **Información necesaria:** Aquí implica que tanto la persona que apoya tenga los datos más esenciales de la persona y su crisis, como que el consultante tenga la información general de lo que es una crisis, las manifestaciones y los procedimientos más adecuados para resolverlas.
- 4.- **Diseño de atención individualizada, grupal o familiar:** significa que a partir del conocimiento de la situación de crisis, se determine el apoyo que deberá seguir en una terapia de crisis ya sea a nivel individual, grupal o familiar.

Bellak y Siegel (1986) describen una forma alternativa de intervención en crisis denominada Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia (PBIU), la cual tiene en sus lineamientos generales y principios básicos desde el enfoque psicodinámico del psicoanálisis y lo plantean de la siguiente manera:

- 1.- Se enfoca a los rasgos cruciales del trastorno que se presenta.
- 2.- Se intenta establecer un enfoque a través del entendimiento preciso del por qué la persona va a consulta particularmente el día que lo hace.
- 3.- Se busca el esclarecimiento de causalidad-continuidad entre el presente y el pasado.

- 4.- Describen que los síntomas son intentos de resolver el problema, conformados de ansiedad, conflicto y déficit.
- 5.- La PBIU se enfoca en lo que ha sido aprendido en forma deficiente y que necesita ser desaprendido y reaprendido de manera más eficaz.
- 6.- Procede contando por completo con las proposiciones psicológicas del yo y de las defensas.
- 7.- La PBIU se orienta y selecciona los síntomas principales más perturbadores y sus causas, dentro del mayor marco posible y después, proporciona la conceptualización más clara probable de las intervenciones psicoterapéuticas necesarias y suficientes.
- 8.- La esencia de la PBIU no descansa en seis, cuatro ni ocho sesiones, sino en la aproximación sistémica.
- 9.- Los beneficios de la PBIU pueden extenderse más allá del enfoque inmediato de la terapia.
- 10.- Se selecciona el problema por el tratamiento, no por el paciente.

Además proporcionan los 10 principios básicos de la PBIU:

- 1.- La PBIU se relaciona con la terapia tradicional a largo plazo, de la misma forma que una historieta con una novela.
- 2.- Es esencial una conceptualización aproximada.
- 3.- En lugar de seleccionar pacientes, se seleccionan objetivos y problemas.
- 4.- La PBIU se basa en una historia exhaustiva, guiada por conceptos formulados de manera clara, usando un estilo de comunicación adecuada.
- 5.- Personas con conocimientos de psicodinamia relativamente limitados pueden ser enseñadas a realizar la PBIU con éxito.

- 6.- Guía esquemática: el concepto de medicina de urgencia como paradigma de la PBIU.
- 7.- La psicoterapia de urgencia no se limita, necesariamente, a la eliminación del síntoma. A pesar de las restricciones de tiempo, puede haber una oportunidad para reconstituir al paciente en un nivel superior al premórbido.
- 8.- Eficacia para la prevención primaria, secundaria y terciaria.
- 9.- Existen aspectos administrativos en indicaciones específicas para la PBIU.
- 10.- El papel del terapeuta y la resistencia toman relevancia en la PBIU.

Es importante por lo tanto mencionar en este apartado que se tomará como intervención en crisis aquella primer ayuda psicológica y como terapia de crisis a las subsiguientes sesiones de apoyo, pero que para fines prácticos se utilizará como un solo procedimiento pero en fases.

4.5.2. Procedimiento General

A continuación se explicará de manera general cuál es el procedimiento que se sigue en la aplicación de la intervención en crisis según varios marcos de referencia.

El proceso de la intervención en crisis según González (1995) se contempla en dos fases:

- * Intervención de primer orden o primera ayuda psicológica
- * Intervención de segundo orden, que es el principio primordial de la terapia de crisis.

Intervención de primer orden o primera ayuda psicológica

En la terapia de primer orden o primera ayuda psicológica como también lo ha descrito Butcher y cols. (1992) y Siaikey (1988) consiste en lo siguiente:

- a).- Establecer una relación con el consultante.
- b).- Reunir los datos necesarios para la evaluación que permitirá el tratamiento más conveniente.
- c).- Formular de manera tentativa el problema, e integrar el conflicto precipitante a la estructura de la personalidad. Esto implica elaborar una hipótesis funcional del precipitante y el consecuente peligro que representa para el individuo.
- d).- Ofrecer al consultante cierta perspectiva del problema, lo que incluye explicarle sus mecanismos de adaptación adecuados e inadecuados en relación con dicho problema.
- e).- Explorar nuevas formas de adaptación para que el consultante enfrente la dificultad.
- f).- Diseñar una estrategia terapéutica para conseguir las metas acordadas y formular un contrato terapéutico si se juzga que es necesario un tratamiento de varias sesiones.
- g).- Ponerse de acuerdo para visitas futuras.

Otra forma de llevar a cabo la primera sesión de intervención es:

- I.- Hacer contacto psicológico.
- II.- Examinar las dimensiones del problema.
- III.- Examinar las soluciones posibles.

IV.- Ayudar a tomar una acción concreta.

V.- Seguimiento en posteriores sesiones.

Para la primera atención es necesario obtener información concreta y suficiente para la subsiguiente intervención, por lo tanto es necesario:

- * Determinar si es posible evaluar debidamente al consultante en esos momentos (estados de conciencia, drogas o expresión verbal).
- * Recopilación de información demográfica esencial (nombre, edad, dirección, teléfono, entre otras).
- * Obtención de datos de observadores externos (familiares, amigos, policía, médico, entre otros).
- * Detección del factor precipitante (descripción de la situación que lo llevó a ese estado).
- * Evaluación del nivel actual de funcionamiento (apariencia y conducta, discurso, conducta verbal y contenido del pensamiento).
- * Observación del estado emocional del consultante.
- * Observación de la forma de relacionarse del consultante.
- * Evaluación del ajuste premórbido comparado con el estrés actual.
- * Evaluación de otras situaciones parecidas.
- * Clasificación de las crisis emocionales.
- * Evaluación del nivel de motivación del consultante.
- * Evaluación de las causas del estrés.
- * Evaluación de la peligrosidad o tendencias suicidas.

Bellak y Siegel (1986) en su propuesta de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia (PBIU), mencionan que en la primer sesión se deberá tomar en cuenta:

- a.- Síntoma principal
- b.- Evolución del síntoma principal
- c.- Síntomas secundarios
- d.- Antecedentes personales
- e.- Antecedentes familiares
- f.- Formulación dinámica y estructural: Evaluación de la función del yo (EFY)
- g.- Factores en la relación terapéutica: Transferencia, Alianza terapéutica y Contrato terapéutico.
- h.- Revisión y planeación.

Los objetivos que se pretenden en esta primera sesión y las subsiguientes de la PBIU son:

- + Guiar y controlar la intensidad del proceso terapéutico
- + Facilitar la comunicación: un estilo apropiado es esencial
- + Explicar el proceso terapéutico al final de la sesión inicial en términos sencillos
- + Facilitar el aprendizaje: estilo intelectual, conceptual y lingüístico adecuado
- + Utilización de técnicas proyectivas
- + Resaltar la importancia de la educación: en tratamientos de urgencia de reacciones emocionales a enfermedades físicas, se deberá hacer que el paciente describa el órgano enfermo.
- + Lograr la comunicación entre terapeuta y paciente
- + Lograr adecuada interpretación
- + Lograr el insight
- + Trabajar conjuntamente con todo

Para todo lo anterior se deberán tomar en cuenta los elementos a considerar en la intervención psicológica que se mencionaron al inicio de este capítulo (empatía, conocimientos, sensibilidad, ética, habilidades, manejo de las técnicas, información de instituciones para canalización, ser imparcial, tener experiencia o recursos personales para el manejo de situaciones de crisis entre otras)

Intervención de segundo orden

En la intervención de segundo orden o subsiguientes sesiones de terapia de crisis, el procedimiento va de 1 a 8 ó 10 sesiones como máximo y a continuación se describe el procedimiento según Butcher y cols (1992):

Se deberá primeramente evaluar para saber si es necesario y en qué medida programar la terapia de crisis:

- 1.- Viabilidad
- 2.- Capacidad de autoexamen
- 3.- Motivación
- 4.- Contraindicación
- 5.- Estructura de la personalidad
- 6.- Problemas intrapsíquicos
- 7.- Antecedentes de tratamiento y
- 8.- Costo-beneficio.

Una vez evaluado lo anterior y revisado los resultados de la primera intervención psicológica, estos autores recomiendan algunas tácticas en la terapia de crisis, entre las que se encuentran de manera resumida:

* **Brindar apoyo emocional:** esto implica que todo lo que el terapeuta hace lo dirige a ayudar al consultante para tratar el impacto del suceso de crisis en cada área de su vida, en muchas ocasiones es más importante el entrenamiento y las habilidades del que ayuda que un título profesional, pero debe tomarse en cuenta que se está atendiendo a una persona que está sumamente vulnerable al medio externo, por lo que aquí la intensidad de este apoyo emocional puede variar desde el simple reconocimiento de la existencia de la dificultad de una manera implícita, hasta brindar un fuerte respaldo verbal. El escuchar atentamente, no enjuiciar, evaluar o criticar al consultante, darle confianza y tranquilidad, es una forma de apoyar para aliviar la aflicción del consultante ante su crisis.

* **Expresión de emociones o catarsis:** dentro de las sesiones de la terapia de crisis es importante que el consultante logre expresar sus emociones con libertad, debe permitirle o apoyarlo para que exprese sentimientos fuertes y emociones intensas, es necesario que el consultante experimente sus

emociones, las examine, se compenetre con ellas y las sienta en su totalidad como lo que son, por lo que se pueden utilizar diferentes técnicas para la expresión de emociones (golpear almohadas, romper objetos, gritar fuertemente, entre otras).

* **Infundir esperanza y optimismo:** Esto implica que durante la expresión de emociones en las sesiones de terapia, es importante que el consultante sienta que todo esto pasará y se sentirá mejor, pero es necesario no asegurar logros ajenos a la realidad.

* **Demostrar interés y participar activamente:** En esta situación, el terapeuta deberá mostrar interés por la situación y tomar parte en el relato, sin importar a qué táctica recurra en esos momentos, dentro de las sesiones se trabaja para que el consultante sienta que aún cuando no es al único que le ocurre, es importante lo que le está sucediendo solo a él.

* **Escuchar selectivamente:** mucha de la información que relatan los consultantes son datos descriptivos y en ocasiones justificadores de lo que le ocurre, por lo que deberá hacerse un buen análisis de la información que en realidad puede servir para obtener el cambio deseado. En cada sesión posterior a la primera se deberá trabajar con toda aquella información que vaya guiando a la resolución de la crisis, aunque la persona decida posteriormente continuar con una psicoterapia de forma "tradicional".

* **Formulación del problema:** aquí se deben sintetizar los impulsos que actúan en el sujeto, los conflictos consecuentes que ha experimentado y sus mecanismos ineficientes, esto ayuda a organizar la información obtenida y determinar la dirección de la terapia, apoya además a que se localice el área de trabajo real para la sesión y proporciona los elementos necesarios para establecer más adelante los contratos terapéuticos.

* **Ser firme y directo:** es necesario evitar comentarios superfluos y las interpretaciones que no vienen al caso, es mejor quedarse callado que hacer observaciones poco pertinentes y preguntas inútiles, es recomendable que limite su intervención al 10% de la sesión ya que quien tiene necesidad de hablar es el consultante, así como que el terapeuta debe hacer comentarios directos para crear una atmósfera adecuada y una comunicación honesta entre ambos.

* **Predicción de consecuencias futuras:** dentro del procedimiento de apoyo terapéutico, es útil mencionar al consultante las consecuencias de su conducta, ya que sirve para hacer que el individuo reflexione en lo que puede suceder si no modifica su modo de vida, las personas que padecen estrés o están en crisis son incapaces de predecir qué les sucederá de seguir comportándose como lo hacen.

* **Orientación y sugerencias directas:** en la intervención en crisis, mucho del apoyo que reciben es directivo, ya que aún cuando el consultante es quien decide si lo hace o no, su estado de vulnerabilidad en muchas ocasiones no les permite ver más allá de lo que tienen enfrente (visión de túnel) por lo que dar orientación y sugerencias son dos eficaces medios terapéuticos si se les aplica con acierto y moderación, existen dos aspectos importantes en la orientación A) la que se requiere en circunstancias de la vida real y B) la concerniente a los aspectos del tratamiento, las cuales deberán evaluarse antes de que se proporcionen y al mismo tiempo cuidar que no se genere dependencia, ya que la terapia de crisis es corta y la finalidad es que recobren el control de su vida y salga de ellos la fortaleza que tienen.

* **Fijación de límites:** en ocasiones no basta que el terapeuta se muestre comprensivo y reflexivo cuando organiza u orienta al sujeto, debe ser muy directivo al fijarle límites, es necesario establecer reglas explícitas para detener dichas conductas inadaptadas y ayudar al consultante a controlarse.

* **Detección y reforzamiento de los mecanismos de adaptación:** es concretarse a lograr que las formas de solución viables en ese momento sean más aceptables para el individuo, cuando el sujeto carece de la capacidad necesaria para cambiar su conducta, el terapeuta descubre y refuerza los mecanismos adaptativos que el sujeto posee, determinando qué conductas han sido eficaces antes y fortalecerlas para que satisfagan nuevas necesidades de adaptación actual.

* **Confrontación:** en este sentido muchos consultantes se perciben incapaces de un cambio, están inmovilizados y sus metas son poco realistas, con la táctica de confrontar en forma directa y enérgica las ideas o la conducta del consultante se logra que comience a reconsiderar su problema de una manera crítica, con más realismo, las técnicas racionales emotivas y la intención paradójica son ejemplos claros de cómo confrontar ideas que inmovilizan al consultante, revisando que los mecanismos de negación temporal tengan un valor saludable y benéfico para la sobrevivencia en estados de crisis.

- * **Terminación repentina de la sesión:** esta táctica tiene la finalidad de comunicar al consultante que, si bien al terapeuta le interesa su bienestar y desea ayudarlo, es esencial que primero elimine su actitud apática o negativa, en ocasiones esto genera un impacto positivo y los beneficios además se ven a largo plazo.
- * **Imposición de obligaciones concretas:** esto implica dejar tareas cuya necesidad surja de manera natural de los problemas expuestos por el consultante y que además sea algo fácil de realizar, tanto en opinión del terapeuta como del individuo en cuestión, con esto se comprende si el tratamiento debe continuar, si esta haciendo los esfuerzos necesarios, o si continua trabajando en su situación aún fuera de la sesión terapéutica, esto sirve para que el consultante pueda percibir una mejoría inmediata y el terapeuta pueda apreciar la motivación por la forma en que se aplica a la tarea.
- * **Contrato terapéutico:** es necesario a partir de la segunda sesión hacer un plan de cambio en el cual claramente se defina la conducta o conductas que se deben modificar, cómo se logrará y a quién le corresponde realizarlo. Es necesario que se sepa cuántas sesiones aproximadas habrá y qué se hará en ellas, cuáles son las conductas que se deben cambiar o las condiciones ambientales que se tienen que manipular y especificar los medios que se utilizarán para alcanzar estos fines.
- * **Participación de terceros:** es importante en la terapia de crisis contar con las personas allegadas al consultante, no se puede negar que las condiciones ambientales y la percepción del sujeto han provocado la crisis, por lo que la participación de la familia, amigos, vecinos u otras personas pueden ser de gran utilidad, todas las colaboraciones externas deben ser comentadas en detalle con el consultante.

Slaikeu (1988) describe a la intervención de segundo orden como terapia multimodal en la crisis, dentro de la cual se deberá de valorar:

- * El suceso(s) precipitante (s)
- * El problema presente
- * El contexto de la crisis

- * El funcionamiento de los cinco subsistemas de la persona, un perfil CASIC: los cuales contienen el Sistema Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo antes de la crisis
- * El funcionamiento CASIC en la crisis.

Una vez evaluado esto, se debe trabajar en las subsiguientes sesiones de la terapia de crisis cuatro tareas básicas:

- 1).- Supervivencia física en las consecuencias de la crisis
- 2).- Expresión de sentimientos relacionados con la crisis
- 3).- Dominio cognoscitivo de la experiencia completa, y
- 4).- Adaptaciones conductuales e interpersonales requeridas para la vida futura.

Para lograr esto, es necesario que se tomen en cuenta en cada tarea el perfil CASIC, así como recomienda en su glosario una serie de Técnicas que se utilizan en la terapia de crisis, entre ellas encontramos las siguientes: Afecto Inducido, Asignaciones de tarea, Autoayuda, Autodiálogo dirigido, Biblioterapia, Control del Dolor, Control del Enojo, Control de la Respiración, Desensibilización Sistemática, Detención del Pensamiento, Dieta y Nutrición, Ejercicio Físico, Encadenamiento, Ensayo de Conducta, Entrenamiento Asertivo, Entrenamiento Autógeno, Entrenamiento de las Habilidades Interpersonales, Entrenamiento para la Inoculación de Estrés, Entrenamiento para el Manejo de la Ansiedad, Establecer una relación terapéutica, Expresión del enojo, Hipnosis, Imaginación: enfrentamiento y positividad, Implosión, Meditación, Modelamiento, Orientación Anticipatoria, Provocación del enojo, Reestructuración Cognitiva, Relajación Muscular Profunda, Retroalimentación, Juego de Roles, Silla Caliente, Silla Vacía, Solución de Problemas, Técnicas Paradójicas, Terapia Familiar, Terapia de Pareja, Terapia Racional Emotiva, Toma de Decisiones, Yoga, entre otras, que pueden ser utilizadas en cada una de las tareas a realizar en las sesiones de terapia de crisis.

Por último, el procedimiento que plantea Bellak y Siegel (1986) del PBIU es el siguiente:

- 1.- Cinco o seis sesiones de 50 minutos, una vez a la semana
- 2.- Sesión de seguimiento un mes después
- 3.- Anamnesis completa
- 4.- Una apreciación psicodinámica y estructural
- 5.- Consideración de los aspectos sociales y médicos
- 6.- Plan para áreas de intervención
- 7.- Plan para métodos de intervención
- 8.- Plan para la secuencia de las áreas y métodos de intervención
- 9.- Decisión sobre una terapia sólo diádica o combinada con sesiones conjuntas o familiares.
- 10.- Consideraciones de condiciones favorecedoras como drogas y hospitalización breve.

Ellos sugieren una serie de métodos de intervención para llevar a cabo el procedimiento antes descrito entre los que se encuentran:

- A.- Interpretación
- B.- Catarsis y catarsis mediata
- C.- Prueba auxiliar de la realidad
- D.- Aplicación de represión
- E.- Sensibilización a las señales
- F.- Educación
- G.- Intelectualización
- H.- Apoyo
- I.- Sesiones conjuntas y sistema de terapia familiar
- J.- Fármacos psicoactivos

Todo esto como lo describen los autores en sus obras más ampliamente y detallado, puede aplicarse a cualquier situación de crisis, en cualquier contexto y a cualquier edad, además de que la primera intervención puede aplicarse por un no profesional o paraprofesional entrenado en los aspectos básicos de las crisis y sus posibles técnicas de intervención, pero que es mejor si es un profesional de la salud y sobre todo de la salud mental como son los psicólogos y psiquiatras.

4.5.3. Aplicaciones de la Intervención en Crisis a la Violencia Sexual

Cuando se vive una situación de violencia sexual, ocurre toda una serie de consecuencias a nivel físico, emocional, cognitivo, conductual, interpersonal, social, sexual, familiar, escolar y laboral, entre otras, por lo que esto provoca una Crisis postraumática de la violación (abuso sexual, incesto, hostigamiento, etc.), entra en un estado de desorganización y alteración emocional que no le permite pensar, sentir o actuar con claridad ante lo acontecido. Por lo tanto la intervención en crisis se ha aplicado en víctimas de violencia sexual desde sus inicios ya sea de manera solidaria, voluntaria y empírica, o bien al paso de la investigación psicológica en forma sistemática, ordenada, continua y profesional.

En todos los centros de ayuda a la violencia sexual en México se trabaja con intervención en crisis y terapia de crisis, de una u otra manera se da ayuda de primer y segundo orden, desde el momento que la persona aparece a recibir ayuda ya sea porque le acaba de ocurrir o porque lo ocurrido tiempo atrás no le ha permitido afrontar exitosamente las necesidades de su vida cotidiana, afectándole en diferentes ámbitos de su vida.

Los aspectos psicológicos de la crisis postraumática por violación son semejantes en algunos aspectos a otras crisis graves como las producidas por la guerra, la muerte y los desastres naturales. Sin embargo, en el síndrome postraumático por violación se agregan algunas reacciones específicas relacionadas con la represión de la manifestación de sentimientos agresivos durante y después del ataque, la desconfianza en el mundo y en particular hacia los hombres, el terror a ser asesinada, la violación del espacio corporal, la limitación de la libertad por pánico, la vergüenza, la culpa, la rabia y las dificultades en torno a la vida sexual, ansiedad, fobias y sensación de vulnerabilidad, sensación de falta de autonomía y desvalorización del cuerpo y autoimagen, así como un sentimiento de lejanía con la relación hacia los hombres, lo que requiere indudablemente una intervención temprana, oportuna y eficaz, para que estos aspectos no se generalicen a su vida posterior y no se hagan más graves de lo que en ese momento están.

Citaremos algunos ejemplos de la aplicación de la intervención en crisis a personas que han sobrevivido a la violencia sexual.

Burguess y Holmstrom (1974) realizaron un estudio con el objetivo de informar sobre los efectos inmediatos y a largo plazo de la violación, tal y como la víctima la describe en el departamento de urgencias del Boston City Hospital de 1972 a 1973, en la cual describen como resultado el Síndrome de Trauma de Violación que consta de 3 fases, y lo relevante de este estudio es además las consideraciones clínicas que hacen sobre la importancia del modelo de intervención en crisis y son las siguientes:

- 1) La violación representa una crisis en la que el modo de vida de la víctima queda trastornado.
- 2) Antes del ataque, la mujer era considerada una mujer normal, que actuaba de forma adecuada, por lo que puede regresar a sus patrones de conducta con buen apoyo terapéutico.
- 3) El tratamiento elegido para hacer volver a la mujer lo más pronto posible a su nivel anterior de actuación es de asesoramiento durante la crisis. El tratamiento debe estar orientado sólo hacia ese problema. En ningún momento de la intervención se deben considerar que el consejo o el asesoramiento constituye una psicoterapia, si aparecen otro tipo de problemas de mayor gravedad que requieren otro tipo de tratamiento se le debe orientar y canalizar.
- 4) Si es necesario, se acuda al lugar donde se encuentre la víctima (hospital, casa, refugio, etc.) y no solo esperar a que llegue a consulta, pues tal vez no lo haga.

Everstine y Everstine (1989) realizaron varios estudios en niños y adolescentes que han sufrido algún trauma sexual, reportando tanto las consecuencias como los elementos importantes para el tratamiento, en lo cual describen que la intervención de primer ayuda o en crisis es sumamente importante, ya que de ahí se determina el funcionamiento posterior adulto. Aunque muchas personas no acuden inmediatamente después de ocurrido el hecho, el enfrentarse a contarlo y describir lo ocurrido a una persona extraña, implica una sensación de crisis presente o como si volviera a vivirla,

debido a que en ocasiones el haber ocultado la información a empeorado la situación emocional, por lo que recomiendan en la intervención en crisis: a) Escuchar sin juzgar ni presionar de más para obtener información, b) Demostrar empatía para que la persona no sienta que es morbo, chisme o preguntas capciosas, c) Mostrar preocupación, amabilidad y paciencia al escuchar los detalles, d) Respetar sus sentimientos, emociones y cogniciones por absurdos que le parezcan al terapeuta, e) Asumir un rol neutral o imparcial, con la única intención de ayudar a aliviar la situación emocional estresante por la que pasa la persona, f) No retar al paciente, tener paciencia si existen mecanismos de defensa propiciados por el estado de crisis, g) Tener cuidado con el interrogatorio para que la persona no sienta que está siendo nuevamente atacado, incomprendido y cuestionado, lo que generará rechazo a la ayuda sea de quien sea posteriormente, ya que con algunas preguntas las víctimas pueden sentir que se les esta culpando o responsabilizando de todo lo ocurrido y h) Tomar acciones concretas para ese momento y para posteriores, como ayuda médica, legal o de trabajo social.

Turner y Frank (1981) describen un enfoque conductual para el tratamiento de víctimas de violación, pero también hacen un análisis de los resultados de los centros de intervención en crisis en los hospitales, de los cuales sus aportaciones principales son: muchos son los centros de atención a personas en crisis de violación, pero no se reportan los resultados ni el procedimiento, ni los métodos de evaluación para la eficacia del programa y mucho menos se describe en detalle cuáles son los pasos a seguir en la ayuda de emergencia, no evalúan la importancia de que sea personal calificado, ni los procedimientos que han sido más efectivos, lo que limita la aportación metodológica para mejorar la ayuda, que sirva a la población en general para saber qué hacer y cómo si la persona no quiere acudir a ningún lugar de estos, y a la investigación médica, psicológica y social para poder establecer mecanismos más efectivos de apoyo en intervención en crisis.

Veronen y Kilpatrick (1987) reportan un estudio con el uso del control de estrés en víctimas de violación, pero dentro de su fundamentación teórica, describen los enfoques a corto plazo para víctimas recientes de violación, de la cual describen cuatro principios básicos en la intervención en crisis: 1.- que es a corto plazo y orientada hacia las cuestiones concretas, 2.- el consejero responde a las peticiones críticas de las víctimas, 3.- el consejero aborda fundamentalmente problemas relacionados con la violación y no otros,

y 4.- el consejero tiene un papel activo en el comienzo de los contactos de seguimiento. Estos autores concluyen que pese a que los tratamientos basados en la intervención en crisis sean populares y frecuentes, su eficacia nunca ha sido evaluada sistemáticamente. Ellos han propuesto un tratamiento que se denomina Procedimiento de Intervención Conductual Breve (PICB), entre los elementos se incluyen el entrenamiento en relajación, una explicación sobre el origen y existencia de los temores y ansiedades inducidos por la violación, una explicación de los sentimientos de autoinculpaación y de responsabilidad de la agresión que las mujeres tienen tras la misma, una sesión abreviada de entrenamiento en autoinstrucciones y una discusión sobre las estrategias de recuperación o maneras de reiniciar las actividades que pudieron abandonarse a causa del miedo. El desarrollo del PICB y de la evaluación sobre la eficacia aún se encuentran sin terminar, los elementos que hasta esa fecha podían aportar es que es breve (de 4 a 6 sesiones), las víctimas tienen dificultades para seguir un tratamiento prolongado cuando en estas circunstancias han de tratar con tantas instituciones e individuos diversos; parece abordar los problemas más relevantes. Dicen que los resultados son satisfactorios pero en posteriores fechas presentarán los resultados sistemáticos y analizados de este procedimiento de intervención en crisis en víctimas de violación.

McCombie y Arons (1989) realizaron investigaciones sobre la atención psicológica de víctimas de violación y sus familias, estas autoras presentan estudios de casos y sus resultados en la aplicación de la intervención en crisis y subsecuentes sesiones, de lo cual obtuvieron resultados exitosos de seguimiento. La intervención consiste en: Fase Inicial de Apoyo donde se establece la relación terapéutica, se identifica las necesidades principales de la víctima, se le informa sobre cuidados médicos, asesoría legal y procedimientos, se traslada a la víctima para el uso de servicios de apoyo si es necesario, se le explican los sentimientos, emociones o pensamientos y síntomas que podría experimentar en el futuro, se realiza un plan de acción para los siguientes días antes de la próxima sesión, se realiza un contrato terapéutico en función de metas, sesiones, horarios y otros apoyos y se realiza una evaluación psicológica de las funciones principales (sentimientos, mecanismos de defensa, conductas desadaptadas y peligrosas, habilidades de afrontamiento y estilo de solución de problemas, relaciones sociales y la capacidad de hacer uso de ellas como contención emocional, su nivel de funcionamiento conductual presente, historia en situaciones críticas y forma

de enfrentarlas, cómo ha cambiado su vida a partir del ataque, entre otras). Con lo anterior se prosigue a trabajar en sesiones de terapia de crisis utilizando algunas técnicas como: Concentrarse en la situación afectiva en el aquí y el ahora; Relajación, Manejo de autocontrol, Entrenamiento en Asertividad, Uso de clarificación, generalización y reflexión de su comunicación interna; Manejo de mecanismos de defensa; Expresión emocional y Toma de Decisiones. Esto es principalmente para la primer ayuda psicológica, donde además se evalúa la conveniencia y posibilidad de apoyo familiar, de amistades y otras personas allegadas. En las descripciones cualitativas de las consultantes atendidas, han encontrado resultados exitosos y que pueden ser aplicados y extendidos hacia más personas que los requieran en centros comunitarios o en la clínica privada.

Por último en el Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV) de la UNAM, FES Iztacala, de 1989 al 2001 se aplica la Intervención en Crisis, la Terapia de Crisis y los principios básicos de la Terapia Cognitivo-Conductual a personas sobrevivientes de violencia sexual, no se extenderá aquí la explicación del procedimiento, ya que será parte de la exposición de la propuesta de intervención psicológica.

CAPÍTULO 5. INVESTIGACIÓN DE CAMPO

Una vez revisados los conceptos, la incidencia de la violencia sexual, la prevención y sus niveles, así como las formas de intervención psicológica para personas que han sobrevivido a un ataque sexual, en este capítulo se presentará la metodología empleada en la investigación de campo, para poder obtener factores de alto riesgo y las consecuencias que nos puedan encaminar a diseñar programas preventivos y de intervención psicológica integral.

5.1. Planteamiento del problema

Es posible realizar y aplicar estrategias preventivas y de tratamiento psicológico a partir del análisis de las características de: víctima-situación-victimario y consecuencias, de personas que han vivido alguna experiencia de violencia sexual y acudieron a solicitar psicoterapia en el PIAV o en el CAMIS.

5.2. Preguntas de investigación

- 1.- ¿Cuáles son las características principales de las personas que son víctimas de violencia sexual ?
- 2.- ¿Cuáles son las características de las situaciones en las que ocurre la violencia sexual?
- 3.- ¿Cuáles son las características de los agresores de violencia sexual ?
- 4.- ¿Cuáles son las consecuencias y secuelas en las víctimas de violencia sexual ?
- 5.- ¿Cuáles son las estrategias preventivas a corto, mediano y largo plazo a partir de las características de la violencia sexual ?

6.- ¿Cuáles son las estrategias de intervención clínica individual, grupal y familiar a partir de las características y consecuencias de la violencia sexual, así como la intervención integral (médica y legal) ?

5.3. Objetivos

1.- Realizar una revisión teórico metodológica sobre la Violencia Sexual, la Prevención y los Tratamientos Psicológicos.

2.- Aplicar un instrumento de evaluación sobre Violencia Sexual (entrevista inicial) a personas que soliciten el servicio psicológico en el Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV) de la UNAM Iztacala o en los Centros de Atención al Maltrato Intrafamiliar y Sexual del Estado de México, llamados CAMIS.

3.- Realizar una descripción en frecuencias y porcentajes de las características de la Violencia Sexual de los casos en base al instrumento aplicado.

4.- Realizar propuestas preventivas en base a los datos obtenidos para el diseño de estrategias a corto, mediano y largo plazo a nivel individual y grupal.

5.- Realizar propuestas de estrategias para el tratamiento psicológico e integral (médico y legal) en base a los datos obtenidos a nivel individual, grupal y familiar.

6.- Realizar conclusiones de la investigación realizada vinculada con el planteamiento teórico y los resultados obtenidos.

5.4. Población

La población estuvo constituida por 80 personas atendidas dentro del Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV) UNAM Iztacala y en los Centros de Atención al Maltrato Intrafamiliar y Sexual (CAMIS) dependientes de la Procuraduría General de Justicia del Estado de México de 1995 a 1999. El criterio de selección fue que hayan sufrido algún delito de violencia sexual como : Abuso Sexual al menor, Incesto, Tentativa de Violación o Violación, mayores de 12 años para que logren comprender las preguntas y referir tanto lo acontecido como las consecuencias y haber completado el formato por parte del terapeuta y de la usuaria (o). Las características de la población atendida se presentarán en los resultados.

5.5. Materiales

- * Entrevista inicial de Violencia Sexual (formato especial diseñado por la autora del presente en 1992) consta de 8 hojas, el cual forma parte del procedimiento (evaluación inicial) de la intervención psicoterapéutica.
- * Material bibliográfico para el diseño y elaboración de capítulos teóricos (libros, revistas, periódicos, cuadernos de investigación, entre otros).
- * Equipo de Computo Completo: Pantalla, CPU, Impresora, Teclado.
- * Programas de Computación Microsoft Office (Word, Excel, Power Point); SPSS PC+ para investigaciones sociales, entre otros.
- * Hojas blancas y lápices

5.6. Escenario

* Cubículos de Psicología del PIAV o del CAMIS, los cuales cuentan con escritorio, sillas, librero, archivero, material de oficina; ventilación e iluminación suficiente, así como las condiciones de privacidad y silencio; algunos de estos cubículos formar parte de la estructura de un Centro de Justicia donde existen otras oficinas (Ministerio Público, Trabajo Social, Policía Judicial y Medicina Legal) y otros están dentro de instalaciones del DIF. El PIAV Iztacala, se encuentra ubicado dentro de la Clínica de Psicología (CUSI).

5.7. Instrumento

* El instrumento de la "Entrevista Inicial en Violencia Sexual", es una entrevista estructurada con características de inventario, frases incompletas, escalas, cuestionario, autorreporte, opciones de más de una respuesta que puede ser cerrada y/o abierta; diseñado por Contreras (1992) ex profeso para uso exclusivo dentro de los programas PIAV, que se aplica en 2 sesiones de 1 hora aproximadamente, es de aplicación individual, en el cual las respuestas son escritas por el psicólogo(a) y también puede ser contestado en algunas secciones de manera autoadministrable, puede tener el uso para antes, durante y después de la intervención psicológica como método de evaluación continua.

El instrumento cuenta con 588 variables y 25 áreas o grupos de variables a explorar las cuales son:

- 1.- Hoja de recepción y resumen del caso
- 2.- Datos demográficos del usuario(s)
- 3.- Datos físicos del usuario(a)
- 4.- Datos económicos del usuario (a)
- 5.- Remisión al PIAV o al CAMIS
- 6.- Datos del ataque
- 7.- Datos del atacante
- 8.- Datos de la víctima

- 9.- Datos posteriores al ataque
- 10.- Aspecto legal
- 11.- Aspecto médico
- 12.- Aspecto psicológico
- 13.- Historia victimológica
- 14.- Consecuencias emocionales, cognitivas y afectivas
- 15.- Consecuencias familiares
- 16.- Consecuencias sexuales
- 17.- Consecuencias con la pareja
- 18.- Consecuencias económicas
- 19.- Consecuencias laborales
- 20.- Consecuencias escolares
- 21.- Consecuencias conductuales
- 22.- Intentos anteriores de solución
- 23.- Metas
- 24.- Observaciones durante la entrevista
- 25.- Requerimientos prioritarios

Para efectos del reporte de resultados *no se presentarán todas las variables, sino que se seleccionaron las más representativas.*

5.8. Procedimiento

- 1.- Se repartió el formato a los diferentes centros del Estado de México, especificando a las psicólogas la forma de aplicación, aclaraciones específicas en cada apartado, anexando además todos aquellos detalles que se pudieran presentar a lo largo de la aplicación por escrito.
- 2.- Se aplicaron a las personas que asistieron a solicitar el servicio al PIAV y los CAMIS y que hayan sufrido algún situación de violencia sexual como abuso sexual de menores, incesto, tentativa de violación y violación y cubrirán los requisitos de inclusión (edad).
- 3.- Simultáneamente se realizó una Base de Datos en un programa para computadora SPSS PC+, en la cual se pudo capturar la información de los formatos para el análisis porcentual, gráfico y de tablas.

4.- Se capturaron los datos de cada formato en la Base de Datos SPSS PC+ previamente elaborada y revisada.

5.- Se realizó el análisis y descripción en frecuencias y porcentajes de los datos obtenidos de las variables más representativas del formato, se elaboraron las tablas y gráficas.

6.- Se realizó el análisis y descripción de resultados obtenidos de datos porcentuales y se discuten los mismos en términos cualitativos y cuantitativos.

7.- Se elaboraron las propuestas preventivas y de tratamiento a partir de los datos obtenidos de la investigación, así como las conclusiones y anexos.

En el siguiente capítulo se presentarán los resultados obtenidos, el análisis y la discusión de los mismos, así como un resumen de los factores de riesgo y las consecuencias.

CAPÍTULO 6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan los resultados de la investigación de 80 casos atendidos en el PIAV UNAM, y en los CAMIS del Estado de México.

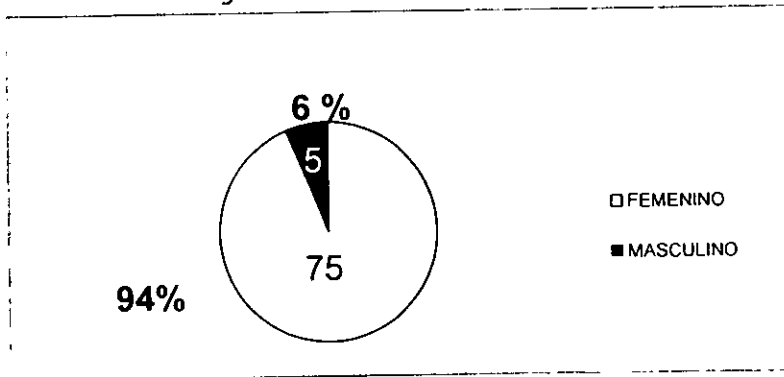
DATOS DE LA(EL) USUARIA(O)

A LA FECHA QUE ACUDEN A SOLICITAR EL SERVICIO

EDAD: 12 A 45 AÑOS CON UNA MEDIA DE 20 AÑOS, TENIENDO FRECUENCIAS ALTAS EN 18, 14, 22 Y 30 AÑOS.

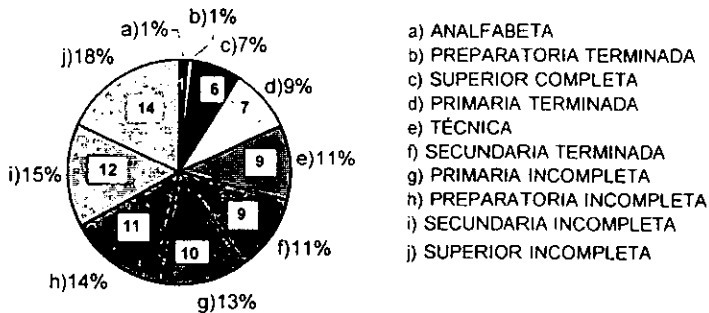
La muestra no incluye los casos atendidos menores de 12 años y durante 1997 y 1998 se recibieron de forma sorprendente un 80% de casos de menores de 12 años, por lo que no era posible completar la muestra. El promedio de edad nos habla de mujeres adultas jóvenes.

Figura 1. SEXO DE LA VÍCTIMA



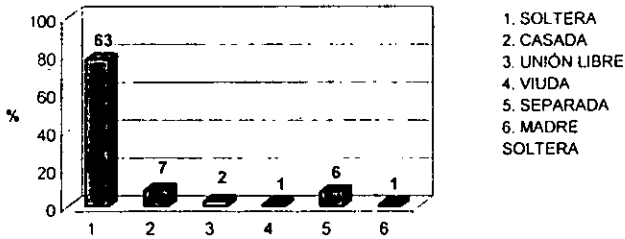
La mayoría de las personas mayores de 12 años en general son mujeres y es notable observar que cuando acuden han pasado más de dos años de ocurrido el hecho, en su mayoría en la edad adulta, pero en muchos casos ocurrió cuando eran menores de edad y es notable ver que en la mayoría de los estudios sigue la constante de que es mayor el porcentaje de mujeres agredidas, aunque no podemos desechar el hecho de que muchos hombres no lo dicen y no lo reportan aún en edades adultas a menos que esto este afectando significativamente su vida presente, sobre todo en su relación de pareja.

Figura 2. ESCOLARIDAD DE LA VÍCTIMA



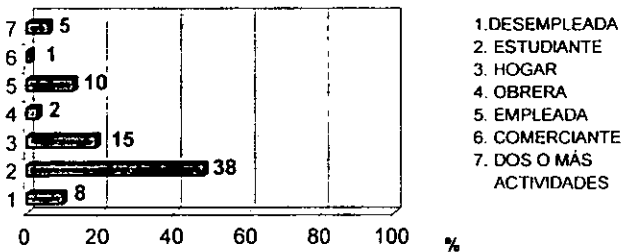
Se puede observar que la mayoría de las que acudieron a solicitar el servicio estaban estudiando la secundaria, la preparatoria o la licenciatura, es muy bajo el porcentaje de personas analfabetas o que terminaron la preparatoria y no continuaron sus estudios, bajo porcentaje reporta haber interrumpido sus estudios por el ataque, pero por otras razones dejaron de estudiar, ya que si tomamos en cuenta que eran de 12 años en adelante se esperaría que hubieran o estén por concluir la primaria.

Figura 3. ESTADO CIVIL DE LA VÍCTIMA



El porcentaje más alto de personas que acudieron a solicitar el servicio son solteras, después casadas y si tomamos en cuenta la edad promedio en la que acuden concuerda en que son mujeres, estudiantes y que aún no se han casado, algunas reportan que es porque se sienten inseguras de casarse dado lo que les ocurrió, además de que la edad promedio es de 20 años y están aún estudiando y no se han casado.

Figura 4. OCUPACIÓN DE LA VÍCTIMA



El dato relevante es que se van hilando los datos de las personas que acuden, vemos que el mayor porcentaje es estudiante, después el hogar (porque dejaron de estudiar o se casaron) y otras trabajan como empleadas, algunas reportan que por motivos familiares dejaron de estudiar y tuvieron que comenzar a trabajar.

Tabla 1. SUSPENSIÓN DE TRABAJO O ESCUELA

	FRECUENCIA	%
DEJO DE ESTUDIAR	38	48
POR EL ATAQUE:	5	6
DEJO DE TRABAJAR	15	19
POR EL ATAQUE:	5	6

Se puede observar el bajo porcentaje que dejo de estudiar o trabajar por el ataque, por lo menos en los primeros meses continuaron estudiando o trabajando y comentan que además es porque no se lo habían dicho a nadie y esto ocurrió en la infancia.

Tabla 2. CON QUIÉN VIVE LA VÍCTIMA

	FRECUENCIA	%
PADRES	9	11
HERMANOS	5	6
CÓNYUGE	1	1
HIJOS	4	5
FAMILIA EXTENSA	5	6
AMISTADES	1	1
SOLA	1	1
PADRES Y HERMANOS	27	35
CÓNYUGE E HIJOS	4	5
VARIOS ANTERIORES	23	29

En su mayoría se puede notar que viven con padres y hermanos y algunas con familia extensa (con esposo o hijos), siguen las que viven con sus padres, y podemos analizar que son mujeres jóvenes, estudiantes, solteras y que aún viven en casa de los padres.

Tabla 3. COMPLEXIÓN FÍSICA DE LA VÍCTIMA

	FRECUENCIA	%
ROBUSTA	8	10
MEDIO ROBUSTA	9	11
MEDIA	23	30
DELGADA	31	40
MUY DELGADA	7	9

Este dato es importante ya que es en el momento de que acudieron a recibir el servicio, no cuando esto ocurrió, algunas reportan haber bajado de peso y otras aumentado, así mismo, en su mayoría su complexión es delgada o media, lo que nos indica que la percepción además del agresor es en función de su propia complexión.

Tabla 4. ASPECTO FÍSICO DE LA VÍCTIMA

	FRECUENCIA	%
MUY AGRADABLE	5	6
AGRADABLE	20	25
NORMAL	53	66
DESAGRADABLE	2	3

Esta información es relevante en función de los mitos sobre la mujer muy atractiva, seductora y provocativa y como vemos la mayoría tiene una apariencia normal o agradable, pero no es comparada con la idea de que son muy llamativas para los agresores por su belleza física. Es un dato subjetivo ya que es tomado de la percepción del terapeuta.

Tabla 5. VESTIMENTA DE LA VÍCTIMA

	FRECUENCIA	%
ESCOTADA	1	1
NORMAL	60	75
RECATADA	16	20
OTRAS	3	4

En el momento de acudir a la entrevista se toma esta información, que es referente a la forma de vestir, se toma en cuenta las zonas descubiertas en su vestimenta y podemos observar que la mayoría viste normal (uniforme, ropa casual, etc.) pero que no da la apariencia de escotada o provocativa, así vemos además que gran porcentaje se viste recatada. Nuevamente es un dato subjetivo ya que es tomado del terapeuta.

Tabla 6. INGRESO FAMILIAR EN SALARIOS MÍNIMOS

	FRECUENCIA	%
DE 1 A 2 SALARIOS	33	41
DE 2 A 4	33	41
DE 4 A 6	7	9
DE 6 A 8	3	4
MAS DE 8	3	4
MENOS DE 1	1	1

Esto es importante para considerar la condición socioeconómica de la usuaria y como podemos observar están entre 1 y 4 salarios mínimos, lo que nos habla de una condición económicamente media a baja, donde se usa transporte público continuamente y viven en zonas de hacinamiento y pobre vigilancia, además de que acuden a un servicio gratuito, ya que los datos de personas que van a consultas privadas y no denuncian están fuera de las estadísticas también, la gente con más recursos económicos es más probable que soliciten asistencia privada.

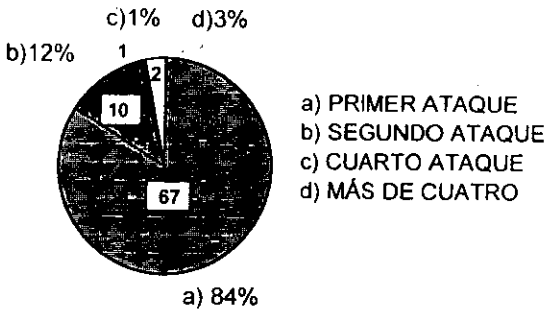
DATOS DE LA SITUACIÓN

DATOS ANTERIORES AL ATAQUE

RELACIONES SEXUALES ANTERIORES AL ATAQUE:	76% NO
---	--------

En este rubro podemos ver que una gran cantidad de personas no habían tenido relaciones sexuales anteriores, dada su edad, su condición de solteras y la edad en que les ocurrió el ataque aún no habían tenido contacto sexual con otra persona, se corrobora demás con la edad en la que fueron atacadas, ya que la media es de 15 años.

Figura 5. NÚMERO DE ATAQUES PREVIOS AL REPORTADO



En el mayor porcentaje encontrado, era el primer ataque que había sufrido la persona, después en el 12% su segundo ataque, esto considerado que en ocasiones de niñas habían vivido un ataque o bien que esto ocurrió dos veces por personas diferentes. Es importante resaltar que el hecho de que sea el primer ataque el que reportan no significa que solo le haya ocurrido una vez, en ocasiones duró meses o años, pero sólo se reporta como un dato o el primer ataque.

DATOS DEL DÍA DEL ATAQUE

EDAD QUE TENÍA CUANDO OCURRIÓ EL ATAQUE: EXISTE UN RANGO DE 5 A 36 AÑOS, CON UNA MEDIA DE 15 AÑOS, ENCONTRANDO FRECUENCIAS MÁS ALTAS A LOS 7, 11, 18 Y 20 AÑOS.

Este dato es sumamente importante, ya que no es lo mismo a la edad en la que acuden a solicitar el servicio, que la edad que tenían cuando les ocurrió el ataque y aquí encontramos que aún cuando la muestra es de 12 años en adelante, lo ocurrido se reporta desde los 5 años, así mismo la edad media es de jovencitas. En los estudios con menores de edad encontramos datos desde los 3 años, que han sido agredidas por algún miembro de la familia particularmente el padre. Además este dato se correlaciona con los anteriores con el hecho de lo que hizo ante el ataque, lo que dijo, si tenía o no relaciones anteriores y el tiempo transcurrido desde el ataque hasta la cita de Psicología. Si observamos que la muestra es de los 12 años en adelante, tenemos que en varias personas esto ocurrió hace más de 7 años, en otras hasta 15 años atrás, pero las secuelas siguen afectando su vida presente.

Tabla 7. DÍA (S) EN QUE OCURRIÓ EL ATAQUE

	FRECUENCIA	%		FRECUENCIA	%
LUNES	5	7	VIERNES	10	13
MARTES	3	4	SÁBADO	11	14
MIÉRCOLES	11	14	DOMINGO	6	8
JUEVES	4	5	VARIOS DÍAS	27	35

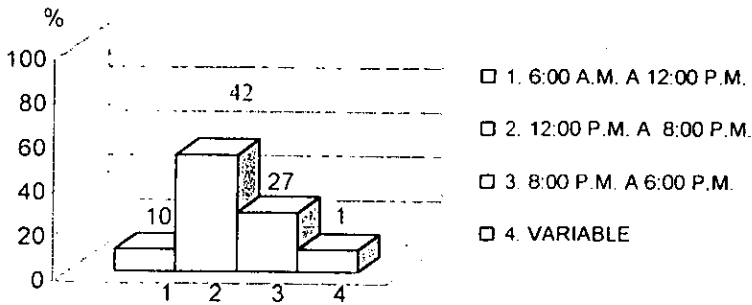
Como se puede notar, el día del ataque es indistinto, pero encontrando que a mitad de semana y los fines de semana ocurren con mayor incidencia, es cuando la gente está más tarde en la calle, hay más consumo de alcohol o entran más tarde a casa, también notamos que en un alto porcentaje esto ocurrió en varios días, se refiere principalmente a que no fue una sola vez cuando ocurrió esto, sino de agresiones sistemáticas o frecuentes a la misma persona.

Tabla 8. MES(ES) EN QUE OCURRIÓ EL ATAQUE

	FRECUENCIA	%		FRECUENCIA	%
ENERO	1	1	JULIO	9	11
FEBRERO	6	8	AGOSTO	3	4
MARZO	5	6	SEPTIEMBRE	4	5
ABRIL	4	5	OCTUBRE	5	6
MAYO	4	5	NOVIEMBRE	6	8
JUNIO	2	3	DICIEMBRE	7	9
VARIOS MESES	24	29			

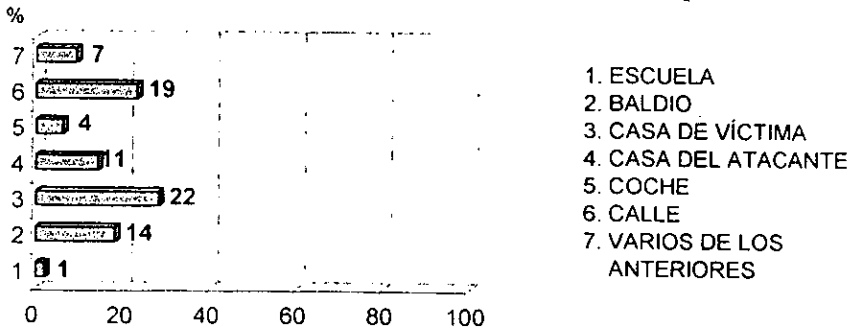
De acuerdo con esto, existe un alto porcentaje cuando es en varios meses, lo que coincide con los días que ocurre en repetidas ocasiones y no hay un mes de mayor incidencia, encontramos que Julio y Diciembre parecen ser los meses con mayor porcentaje y esto se aúna a que la gente está de vacaciones, anda más tiempo sola y en actividades más variadas que en lo cotidiano de escuela o trabajo, al andar de vacaciones en ocasiones tienen menos supervisión de los padres o de adultos: el rango de años en los que ocurrió el ataque va de 1971 a 1999.

Figura 6. HORARIO EN QUE OCURRIÓ EL ATAQUE



Este dato es muy relevante pues desmitifica el hecho de que ocurre más en la noche, como podemos ver, estos actos de agresión ocurren en mayor porcentaje a la luz del día, entre las 12 y las 8 de la noche, siguiendo con aquellos que ocurren en la noche, pero la diferencia es visualmente notoria entre lo que se piensa a qué horas ocurre y los resultados.

Figura 7. LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ATAQUE



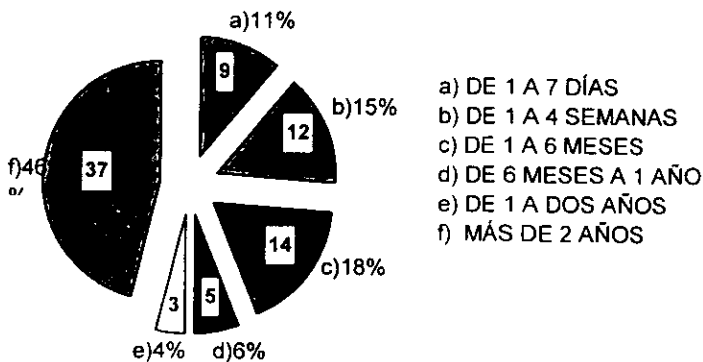
Es notorio observar que el mayor porcentaje de ataques sexuales ocurran en la casa de la víctima, como otras investigaciones estadísticas muestran el hogar no siempre es el lugar más seguro para una persona, un alto índice también ocurre en la calle y en los lugares solitarios, pero es necesario puntualizar que aún en casa se deben tener muchas medidas de prevención y desarrollar habilidades de autoprotección.

Tabla 8. NÚMERO DE ATACANTES

	FRECUENCIA	%
UNO	63	79
DOS	11	14
TRES	2	2
CUATRO	1	1
MAS DE 5	3	4

En este aspecto podemos observar que la mayoría son ataques individuales, de uno a uno, pero que sigue con dos atacantes también en proporción alta, esto nos indica que la sola presencia de un agresor es suficiente para intimidar a una persona, encontramos bajos porcentaje es ataques tumultuarios, pero no dejan de existir.

Figura 8. TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ATAQUE A LA CITA



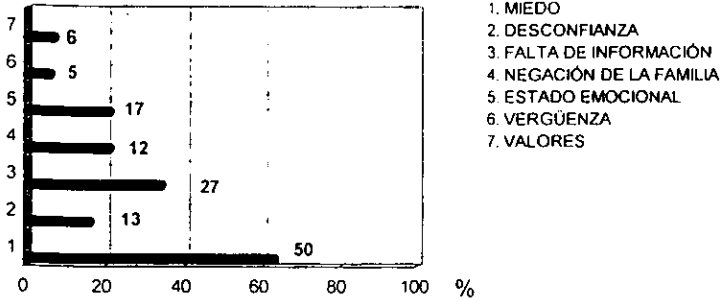
Es importante resaltar que los datos principales son recabados del PIAV UNAM y dado que es una clínica de atención psicológica, la gente no llega a denunciar, sino a recibir tratamiento psicológico, podemos observar que el mayor porcentaje de personas atendidas acude después de dos años de que ocurrió el ataque, siendo en segundo lugar de 1 a 6 meses, esto nos indica que la falta de información, el estado emocional (miedo) y la desconfianza son factores importantes para que la gente no acuda de inmediato a recibir apoyo terapéutico, lo que hace una llamada de atención sobre los aspectos preventivos y de atención inmediata que se requiere, muchas de estas personas no acudieron porque nadie lo sabía y es hasta que esto les esta perjudicando de manera significativa sus vidas lo que hace que busquen ayuda, o bien es que se descubre el hecho mucho tiempo después y no se logró una atención temprana.

Tabla 9. DURANTE CUÁNTO TIEMPO DURÓ EL ATAQUE

	FRECUENCIA	%
HORAS	47	59
DÍAS	4	5
SÉMANAS	9	11
MESES	10	13
AÑOS	10	12

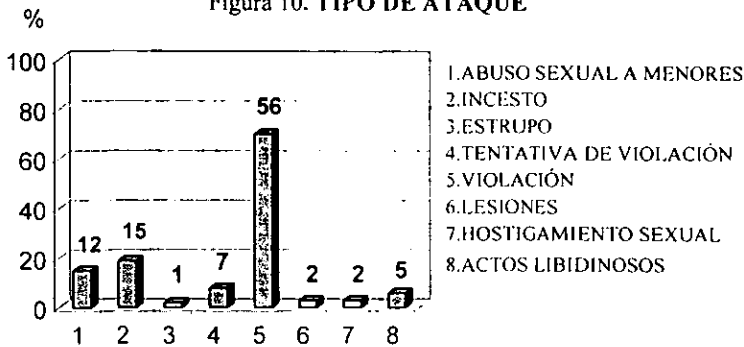
De estos datos podemos obtener que la mayoría de los ataques ocurrió por horas o sólo fue un ataque, mientras que en el siguiente dato ocurrió durante meses, repartiéndose el porcentaje entre semanas y años, que viene a ser un dato significativo y que desmiente el hecho del ataque individual, solitario y de sólo una vez, siendo que en ocasiones son violaciones o abusos sexuales que tienen mucho tiempo ocurriendo antes de que se sepa o de que la persona pueda hacer algo para pararlo.

Figura 9. MOTIVO DEL TIEMPO TRANSCURRIDO PARA TENER AYUDA



En este rubro podemos decir que son las causas por las que las personas explican que no habían acudido a ningún apoyo o no lo habían dicho, en primer lugar tenemos el miedo (a ser culpabilizadas, rechazadas, agredidas, incomprendidas o agredidas nuevamente), le sigue la falta de información de qué hacer o a dónde recurrir, lo que nos habla de que la difusión de prevención y de centros de atención no ha sido la suficiente como creemos, es necesario ampliar la información al grueso de la población en lugar de ocupar tanto tiempo de radio, televisión y periódico a otros temas de menor relevancia y que ocupan planas enteras o toman demasiado tiempo de publicidad.

Figura 10. TIPO DE ATAQUE



Aquí es necesario esclarecer que muchas personas ni siquiera tenían claro que fue lo que les ocurrió o cómo llamar a lo que vivieron, a través de darles información y de ellas relatar lo sucedido se puede clasificar en alguno de los tipos de ataque, tenemos un alto porcentaje de violación, seguido de incesto que corrobora los datos de la alta incidencia en la casa de la víctima, le sigue abuso sexual de menores, en la cual podemos ver que dentro del incesto entra violación y abuso sexual de menores pero por un familiar consanguíneo.

Tabla 10. TIPO DE CONTACTO SEXUAL

	FRECUENCIA	%
VAGINAL	66	83
ANAL	15	18
ORAL	17	21
USO DE OBJETOS	2	3
CARICIAS SIN PENETRACIÓN	27	34

Dado que la mayoría ha ocurrido a mujeres y ha sido violación, la mayor incidencia del tipo de relación sexual es la vaginal, seguida de las caricias sin penetración y relación oral, que es cuando entra en el rubro de abuso sexual principalmente, después tenemos la relación anal que es la que se ejerce principalmente sobre los varones.

Tabla 11. MEDIOS QUE SE USARON PARA EL ATAQUE

	FRECUENCIA	%
VIOLENCIA FÍSICA	55	69
VIOLENCIA MORAL	55	69
AMENAZAS	56	70
ARMAS	29	36
INTIMIDACIÓN	66	85
ENGAÑO	36	45
SEDUCCIÓN	14	18
USO DE ALCOHOL O DROGA	20	25
ABUSO DE CONFIANZA	41	51
VIOLENCIA VERBAL	35	44
PRESIÓN MORAL	48	60
USO DE PORNOGRAFÍA	4	5

En esta variable, podemos ver la gran cantidad de medios que se utilizan para realizar el ataque, en su mayoría con altos porcentajes de ocurrencia, siendo los más bajos el uso de pornografía y de seducción, lo que nos habla de que es un acto de violencia y agresión, no una forma diferente de relación sexual, los más altos índices están en la intimidación, la violencia o presión moral y las amenazas que hacen que una persona pueda permitir que se le dañe de esa manera sin tener en ese momento alguna otra forma de reaccionar, que como ya hemos revisado deberá modificarse para que esa amenaza y presión moral pueda estar bajo el control de la víctima y logre con esto poder tener más alternativas de escape ante una situación así.

Tabla 12. QUÉ HIZO EL ATACANTE EN LA SITUACIÓN

	FRECUENCIA	%
LA TIRÓ	26	33
LA CORRETEÓ	4	5
LE APUNTO CON PISTOLA	14	18
LE APUNTO CON ARMA	13	16
LA ABRAZÓ	37	46
LA GOLPEÓ	9	11
LE TAPO LA BOCA	29	36

Lo que el atacante realiza para someter a la víctima es en su mayor porcentaje abrazarla, taponarle la boca y tirarla, acompañado de la intimidación, amenazas y presión moral, esto hace que una persona no entrenada en defensa personal sea dominada y agredida sintiendo que no hay nada posible de hacer. Es importante resaltar que la diferencia entre apunto con pistola o con arma, es que en arma nos referimos a punzocortante u otro objeto utilizado para someterla.

Tabla 13. QUÉ DIJO EL ATACANTE ANTE LA SITUACIÓN

	FRECUENCIA	%
AMENAZAS	33	41
GRITOS	10	13
INSULTOS	12	15
EXPLICACIONES	28	35
CONVERSO	30	38

Como podemos observar en estos datos, en el mayor porcentaje amenazó a la víctima, ellas comentan que de muerte, seguido de conversar o explicar lo que pasaría si hace o deja de hacer, esto nos indica el grado de intimidación que sienten las mujeres ante esta situación donde son agredidas físicamente, sexualmente, moralmente y psicológicamente.

Tabla 14. CUÁL ERA LA EXPRESIÓN DEL ATACANTE

	FRECUENCIA	%
TRANQUILO	24	30
AGRESIVO	16	20
NERVIOSO	24	30
SÁDICO	5	6
VARIOS	10	14

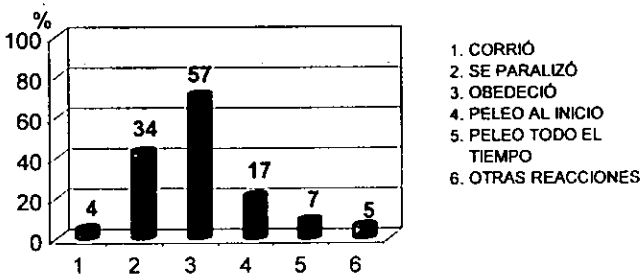
Para muchas víctimas, la expresión que tenía el agresor era de nerviosismo o tranquilidad, algunas percibieron que era algo que él hacía todos los días, sin mostrar mayor problema, pero para otras dicen que les parecía que el acto les provocaba nervios de incertidumbre o de excitación ante el hecho de violarlas.

Tabla 15. CÓMO VESTIA LA VÍCTIMA EL DÍA DEL ATAQUE

	FRECUENCIA	%
RECATADA	7	9
NORMAL	72	90
PROVOCATIVA	1	1

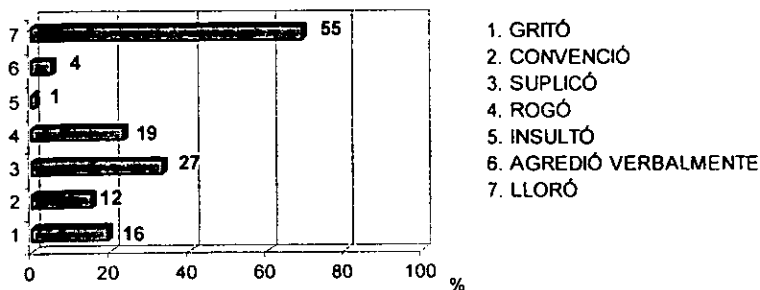
Esto es la descripción que ellas mismas hacen de la ropa que portaban, uniforme, pijama, pants, ropa casual, pantalón y sweater, falda y saco, etc. dicen que como se visten todos los días para el trabajo o la escuela, algunas dicen que al ocurrir en su casa de noche tenían pijama y en ocasiones se reforzaban con shorts o pantalones pero que era inútil.

Figura 11. QUÉ HIZO LA VÍCTIMA ANTE EL ATAQUE



Dentro del capítulo 3 mencionamos que las reacciones ante el ataque y la actitud de la mujer ante el agresor son muy importantes como factor de riesgo para lograr o no escapar de la situación, como se mencionó en esos estudios, la mayoría de las reacciones (que deberán ser puntos importantes para que se modifiquen en los programas preventivos) son la obediencia y la parálisis; es importante mencionar que lo que hicieron en ese momento fue lo mejor que pudieron hacer porque solo ellas estaban en la situación y saben el porqué de la reacción, pero en cuanto tengamos la oportunidad de intervenir para mejorar esta situación, ellas deben aprender a afrontar de otra manera la situación para poder salir lo menos dañadas posibles, así mismo lograr que esas habilidades de autodefensa logren ser efectivas ante un posible ataque. Es importante también resaltar la edad en la que fue agredida sexualmente, ya que una gran cantidad de mujeres acuden en la edad adulta, pero la agresión ocurrió cuando eran niñas.

Figura 12. QUÉ DIJO LA VÍCTIMA ANTE EL ATAQUE



Aunado a lo anterior, tenemos que la mayoría lloró, suplicó y rogó ante el ataque y como ya hemos dicho no significa que se juzgue, critique o valore su actuación para que se sientan culpables o responsables de no haber hecho tal o cual cosa, sino que apoya las estrategias que se deberán aplicar en los programas preventivos, pues como vimos el llorar y suplicar, obedecer y paralizarse están asociadas con la violación, lo que es necesario romper y modificar para que tengan mayor asertividad y mejores herramientas de defensa. Esto nos dice que tenemos que tener cuidado al tratarlo con mujeres que han sufrido un ataque pues aumenta su sentimiento de culpa y lo que queremos es que recuperen el control de sus vidas y la seguridad de que depende en cierta parte sus habilidades preventivas para que esto no les vuelva a ocurrir.

DESPUÉS DEL ATAQUE

Tabla 16. QUÉ HIZO LA VÍCTIMA DESPUÉS DEL ATAQUE

	FRECUENCIA	%
SE VISTIÓ	39	49
SE FUE A CASA	41	51
A LA POLICÍA	8	10
CON OTRA PERSONAS	11	14
SE BAÑÓ	19	24
SE DURMIÓ	18	23
LO CONTÓ A OTROS	29	36

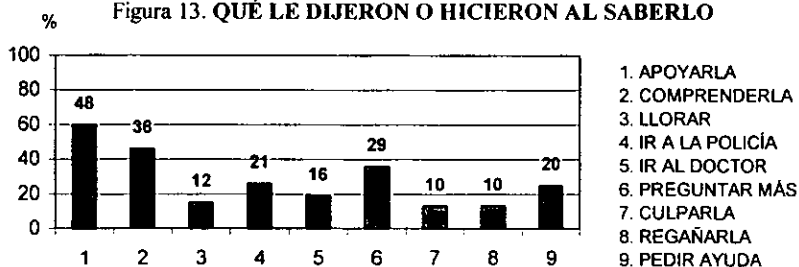
De acuerdo con la información proporcionada, la mayoría se vistió, se fue a su casa o se lo contó a alguien más, un porcentaje muy bajo fue a la policía, lo que refuerza el hecho de las bajas denuncias y de que los datos estadísticos de las procuradurías es reducido, pues el estado emocional en el que se encuentran no les permite tomar otra decisión que resguardarse y sentirse seguras en casa o con otra persona. Sería interesante realizar un estudio en solo aquellas mujeres a las que les acaba de ocurrir, en la edad que tienen y las reacciones que tuvieron a esa edad.

Tabla 17. QUIÉN MÁS SABE DEL ATAQUE

	FRECUENCIA	%
PADRE	1	1
MADRE	4	5
HERMANOS	5	6
CÓNYUGE	1	1
AMIGOS	7	9
HIJOS	1	1
VARIOS DE LOS ANTERIORES	52	65
NADIE	7	9

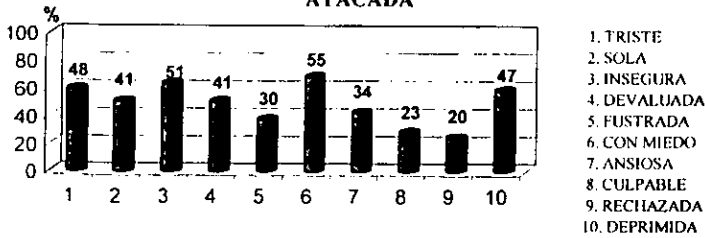
Muchas de las personas que acuden a recibir atención psicológica mencionan que lo saben varias personas, pero el porcentaje es bajo en cuanto a la familia, otras se lo han dicho o se han enterado tanto familiares como amigos y conocidos, comentan que esto les ha dado fortaleza pero en ocasiones les avergüenza más el pensar que serán etiquetadas y rechazadas por los demás al saberlo.

Figura 13. QUÉ LE DJERON O HICIERON AL SABERLO



Como podemos ver la variedad de reacciones ante el conocimiento de un ataque sexual, provoca una serie de manifestaciones emocionales diferentes, pero podemos notar que afortunadamente el su mayoría fueron apoyadas, escuchadas y comprendidas, y en bajos porcentajes fueron culpadas y regañadas, que es una gran preocupación de las víctimas y lo que hace que no lo cuenten, por lo que creen que pasará cuando lo sepan. Un factor importante es resaltar el hecho de que nadie sabe qué hacer ante una situación así, pero aún cuando no se sabe, culparla, regañarla o cuestionarla después de esto nunca será una forma alternativa de ayudarla.

Figura 14. CÓMO LA HIZO SENTIR EL HECHO DE HABER SIDO ATACADA



En este aspecto, se puede observar que dentro de los sentimientos y emociones de una mujer que ha sido atacada, no hay tranquilidad, serenidad, equilibrio o paz, la mayoría de sus sentimientos son negativos y lo más dramático es que esos sentimientos negativos en lugar de ser canalizados hacia la persona que las afectó, son revertidos hacia sí mismas, sintiéndose con miedo, devaluadas, inseguras, tristes y deprimidas, en muchas ocasiones al inicio no sienten culpa, pero al ser cuestionadas en su actuación o en la calma de su casa y al paso de los días se recriminan porque hicieron o dejaron de hacer algo para defenderse, lo que nos indica que la necesidad de apoyo solidario, inmediato y profesional es imperante para las personas que han vivido esta situación.

CONSIDERÓ POR ALGÚN MOMENTO EL SUICIDIO:	SI	44%
--	----	-----

Este dato es muy importante, ya que no solo lo consideraron sino que además en su mayoría lo intentó de una u otra forma, es dramático ver como además de ser agredidas sexualmente, piensen y sientan que su vida no tiene sentido y ya no valen nada, o que es preferible morir que superar esto, lo que nos indica que los sentimientos destructivos no son hacia el agresor, sino hacia si mismas, cuestión que se deberá trabajar en la prevención y el tratamiento.

DATOS DEL (LOS) ATACANTE (S)

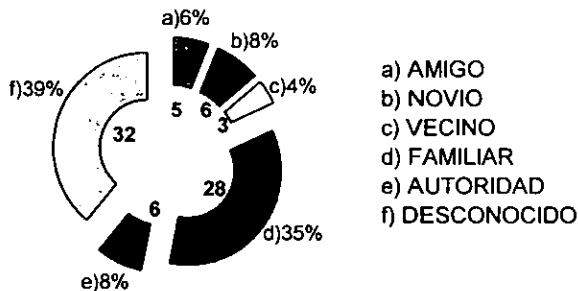
SEXO DEL ATACANTE:	HOMBRE	100%
--------------------	--------	------

No queremos decir que las mujeres no sean agresoras sexuales, pero una y otra vez encontramos que el 100 por ciento de los agresores son hombres, no quiere decir que las mujeres no lo puedan ser, pero es una verdad que los agresores sexuales tienen solo algo muy en común, la mayoría o casi todos son hombres.

CONOCÍA AL ATACANTE:	SI	61%
----------------------	----	-----

Esto nos indica que los mitos sobre el desconocido, loco, degenerado, drogadicto y vago que viola mujeres es en su mayoría un conocido, que goza de la confianza de la gente, que tiene autoridad moral y credibilidad para poder acercarse y atacar sexualmente a una persona, lo que alerta aún más las medidas de prevención, no para vivir con miedo y desconfiando de todos y de todo, sino para estar alerta de con quién no relacionamos y a quién le depositamos la confianza o nuestra seguridad.

Figura 15. TIPO DE RELACIÓN QUE TENÍA LA VÍCTIMA CON EL ATACANTE



De los conocidos podemos observar un alto porcentaje de familiares, que concuerda con algunos hechos mencionados anteriormente, como el incesto, la casa de la víctima, el conocido y la persona que está cerca de nosotros y desconocemos las intenciones o no discriminamos las señales de peligro.

Tabla 18. TIEMPO DE CONOCER LA VÍCTIMA AL AGRESOR

	FRECUENCIA	%
DÍAS	2	2
SEMANAS	2	2
MESES	15	19
AÑOS	30	38
NUNCA	31	39

Al ser un familiar el mayor porcentaje de agresores sexuales, el tiempo de conocerse por tanto es de años o meses, ya que tuvo el tiempo suficiente de acercarse, ganarse la confianza o realizar este acto una y otra vez, pues es quien se tiene al alcance y de quien nadie duda que sea respetable, por lo que los programas preventivos no deben enfocarse a los desconocidos únicamente, ya que esto no permite que se este alerta de situaciones potenciales de peligro.

RESULTÓ DAÑADO EL ATACANTE:	SI	10%
-----------------------------	----	-----

Al mencionar que intimida, goza de autoridad moral, tiene una posición de poder sobre la persona (familiar) en muy contadas ocasiones sale lesionado físicamente por la víctima, aunque en estos casos se reporta que los arañaron, rasguñaron, golpearon y les jalaron los cabellos.

Tabla 19. QUÉ TIPO DE ROPA VESTÍA EL ATACANTE

	FRECUENCIA	%
DE VESTIR	16	20
MEZCLILLA	35	44
PANTS	9	12
UNIFORME	3	4
CASUAL	14	18
VAQUERA	1	2

Como podemos ver es gente común y corriente, que viste de manera cotidiana, casual y no tienen señas particulares que los distingan.

Tabla 20. COMPLEXIÓN DEL ATACANTE SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LA VÍCTIMA

	FRECUENCIA	%
MUY ROBUSTO	3	4
ROBUSTO	29	37
MEDIO	19	24
DELGADO	26	33
MUY DELGADO	2	2

Este dato es subjetivo ya que es el reporte de la víctima, aún así lejos de lo que se piensa que lo sobrevaloran en complexión física por el miedo que les infundió, tenemos que el mayor porcentaje es de hombres robustos y delgados, lo que nos hace ver que es suficiente la intimidación que le provoca a la mujer y no tiene que ser tan robusto para que ella sienta que no podrá hacer nada contra éste.

Tabla 21. ESTATURA DEL ATACANTE SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LA VÍCTIMA

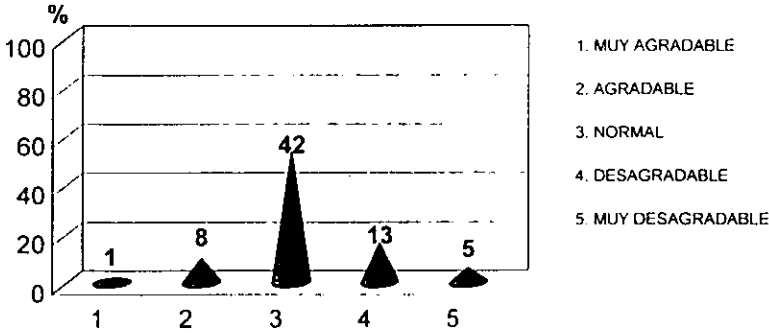
	FRECUENCIA	%
MUY ALTO	2	3
ALTO	33	41
MEDIO	29	36
BAJO	14	18
MUY BAJO	1	2

La estatura y la complexión van de la mano, tenemos que la mayoría son altos o medios, aún cuando es la percepción subjetiva de la víctima, nos indica que no son esos monstruos callejeros que se nos pintan, sino hombres comunes, delgados, estatura media y vestidos casual que tenemos muy cerca de nosotros en cada lugar por donde andamos.

USO DE VEHÍCULO:	SI	15%
------------------	----	-----

El uso de vehículo se relaciona con el hecho de que algunos de los casos de la muestra el ataque fue en el vehículo y otras en transporte público de los cuales ellos eran los conductores o dueños, pero parece ser un factor no tan representativo.

Figura 16. ASPECTO FÍSICO DEL ATACANTE SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LA VÍCTIMA



En esta variable se les preguntaba si alguien más lo viera en la calle, que aspecto describirían, fuera de lo que a ella le ocurrió, la respuesta mayor es que lo verían como normal o bien desagradable cuando mencionan que estaba sucio, desarreglado, drogado o borracho, o bien que su expresión era tan agresiva que lo verían los demás como desagradable.

Tabla 22. OLOR QUE PERCIBIÓ LA VÍCTIMA DEL ATACANTE

	FRECUENCIA	%
ALCOHOL	10	13
LOCIÓN	5	7
THINNER	1	2
TABACO	6	8
ALIENTO RARO	7	9
VARIOS	9	12
NO DISTINGUIÓ	42	49

Es evidente que en una situación de ataque las mujeres no se detengan a checar a que huele, pero algunas reconocen que lo que más recuerdan era su olor, de alcohol, tabaco, o varios olores diferentes, pero tenemos que alto porcentaje no distingue a que olía el agresor.

PODRÍA IDENTIFICARLO:	SI	90%
-----------------------	----	-----

Dado que un gran porcentaje es conocido de la víctima podrían identificar quién fue, en otras ocasiones aunque no lo conocían describen que su cara les quedo muy grabada y si lo tuvieran enfrente podrían saber quién es de entre varios.

PODRÍA SITUARLO:	SI	35%
------------------	----	-----

Contrario a lo que es identificarlo, situarlo es poder saber donde esta, ahí solo un bajo porcentaje podría hacerlo y en estos casos son los familiares, amigos o conocidos que saben de su paradero, algunos porque están en casa y otros detenidos (aunque es la minoría).

EDAD APROXIMADA SEGÚN LA VÍCTIMA:	15 A 51 AÑOS PROMEDIO 21 AÑOS
-----------------------------------	-------------------------------

Este dato es subjetivo ya que es aproximado lo que las víctimas reportan, así como la edad que tenía él cuando ocurrió y la edad que tenía la víctima cuando ocurrió, ellas en un estimado dicen como qué edad le calculan al agresor, si la saben la dan precisa, si no refieren lo que a su parecer es la edad del agresor. Es importante mencionar que es la edad que el agresor tenía cuando la persona fue atacada, vemos que en muchas ocasiones acude la persona hasta 7 años después de ocurrido y esto hace ver que muchas fueron agredidas desde muy pequeñas por hombres mayores que ellas.

Tabla 23. ESCOLARIDAD APROXIMADA DEL ATACANTE SEGÚN LA VÍCTIMA

	FRECUENCIA	%
ANALFABETO	7	9
PRIMARIA INCOMPLETA	14	18
PRIMARIA COMPLETA	11	14
SECUNDARIA INCOMPLETA	11	14
SECUNDARIA COMPLETA	7	9
TÉCNICA INCOMPLETA	5	7
TÉCNICA COMPLETA	2	3
PREPARATORIA INCOMPLETA	7	9
PREPARATORIA COMPLETA	7	9
SUPERIOR INCOMPLETA	2	4
SUPERIOR COMPLETA	2	4

Es otro dato subjetivo ya que las víctimas reportan si saben la escolaridad, pero sino la que ellas consideran que sería la escolaridad por los modales, el lenguaje, la expresión o el conocimiento que tengan de la persona, podemos decir que el mayor porcentaje tiene estudios de primaria o secundaria incompleta.

Tabla 24. OCUPACIÓN APROXIMADA DEL ATACANTE SEGÚN LA VÍCTIMA

	FRECUENCIA	%
DESEMPLEADO	16	21
OBRAERO	23	30
COMERCIANTE	14	18
ESTUDIANTE	10	13
TÉCNICO	7	9
AUTORIDAD	6	8
OTROS	1	1

Otro dato subjetivo, ya que la apariencia que les daba era lo que reportaban o si sabían el dato preciso, en gran porcentaje tenemos obreros, desempleados y comerciantes, lo que no se puede ratificar ya que son estimaciones sin fundamento y la percepción de una mujer que ha sido atacada no es objetiva o en beneficio del agresor. Cabe resaltar que todos estos estudios se realizan en centros de ayuda social, donde las víctimas como sus agresores pertenecen a clase socioeconómica media baja, lo cual genera el cuestionamiento de cómo son los otros.

ASPECTO LEGAL

HIZO DENUNCIA: SI 46% N = 36

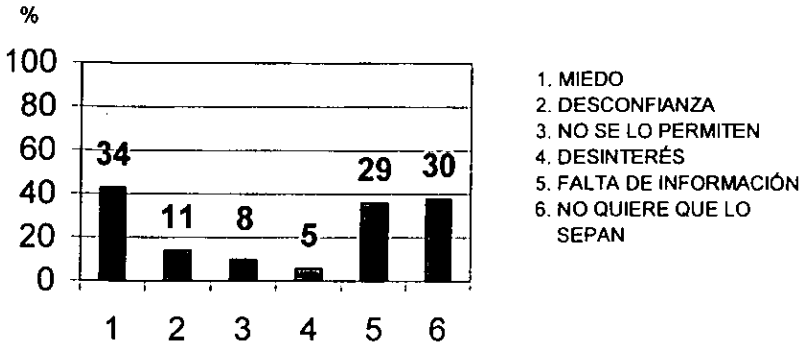
Es necesario puntualizar que los casos reportados acuden a una clínica de Psicología, no al Ministerio Público, por lo que los datos de las denuncias no llegan ni a la mitad de la población atendida, esto además es relacionado a que la gente acude más de dos años después de que ocurrió el ataque y no realizó intentos anteriores de solución en ningún otro lado. Además que en el capítulo dos ya se explicaron las razones por las que principalmente una persona no denuncia un acto de violencia sexual a las autoridades judiciales y que es otra variable a revisar más adelante.

Tabla 25. CUÁNDO REALIZO LA DENUNCIA LEGAL

	FRECUENCIA	%
DE INMEDIATO	19	24
DESPUÉS	14	18
DURANTE LA TERAPIA	3	4
NO LO HARÁ	44	54

Como podemos ver de las personas que denuncian, unas lo hacen de inmediato, otras después de que se informan o toman opinión de familiares, así como una vez que asisten a la terapia (en menor porcentaje), o por lo menos en esta muestra que tiene sus límites como ya se mencionó por las características del servicio.

Figura 17. MOTIVOS POR LO QUE NO REALIZÓ DENUNCIA LEGAL

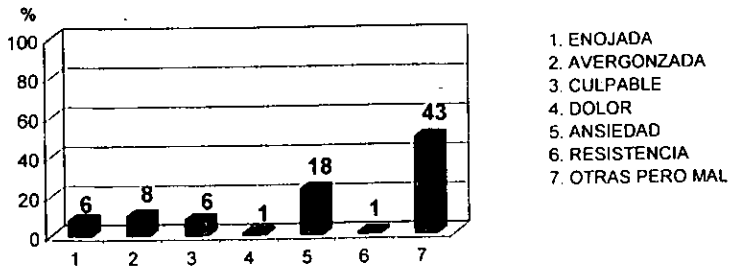


Una de las razones principales que reportan las víctimas es que tienen miedo a la venganza del agresor o de sus familias si lo denuncian, otras a que es familiar y no saben qué pasará con el resto de la familia si lo hacen, no quieren sentirse culpable de que se desintegre la familia, la culpen o haya reacciones emocionales graves en otros miembros de la familia, así mismo por falta de información o porque no quieren que lo sepan más personas, algunas tienen la creencia de que saldrán en los periódicos y televisión o que se llevará un juicio como en los Estados Unidos, con banco de acusados, jurado y demás. Piensan que si denuncian lo sabrán y eso provocaría problemas mayores en la familia, por lo que no quieren que lo sepan en un gran porcentaje.

HAY DETENIDO DE LAS QUE DENUNCIARON:	SI	14%
--------------------------------------	----	-----

Del 46 por ciento de denuncias el 14 por ciento está detenido, lo que nos habla de que es un porcentaje bajo de agresores que llegan a la cárcel aunque sea por solo unas semanas o meses, las víctimas reportan su desinterés en denunciar porque los dejarán libres pronto y saldrán a vengarse de ellas.

Figura 18. CÓMO LA HIZO SENTIR DENUNCIAR AL ATACANTE



Un porcentaje elevado se sintió ansiosa ante la denuncia, otras avergonzadas por la serie de preguntas que les hacen sobre su vida íntima y otras en gran porcentaje se sintieron mal al estar frente al servicio médico forense, ministerio público y policía judicial, reportan que es demasiado penoso, incómodo y angustiante estar en ese lugar, si lo hubieran pensado bien o supieran lo que vivirían ahí no lo hubieran hecho, otras refieren que hicieron bien y que a pesar de lo vivido hicieron lo correcto.

ASPECTO MÉDICO

Tabla 26. CONSECUENCIAS FÍSICAS INMEDIATAS QUE REQUIRIERON ATENCIÓN MÉDICA

	FRECUENCIA	%
LESIONES	22	28
EMBARAZO	9	11
ABORTO	1	1
INFECCIONES GENITOURINARIAS	19	24
DOLORES INTENSOS	37	46
ALERGIAS	9	11
TICS	10	13
DOLORES GENITALES	31	39
TRASTORNOS DIGESTIVOS	24	30
BAJA DE PESO	25	31
AUMENTO DE PESO	12	15
CANSANCIO	44	55
TENSIÓN FÍSICA	60	75
CICATRICES	5	6

De acuerdo con esta información tenemos datos importantes, como la presentación del 11% de embarazos, dolores, tensión física y lesiones en su cuerpo, así como dolores genitales asociados a la violación, en otros estudios ya se han reportado las consecuencias físicas que sufren estas personas y aquí confirmamos que lo sufrido llega a todos los niveles y que no solo es cuestión de lo físico pero si una parte también importante.

ASPECTO ECONÓMICO, LABORAL Y ESCOLAR		
---	--	--

TUVO DIFICULTADES ECONÓMICAS	SI	41%
-------------------------------------	----	-----

TUVO DIFICULTADES LABORALES	SI	18%
------------------------------------	----	-----

TUVO DIFICULTADES ESCOLARES	SI	50%
------------------------------------	----	-----

En este rubro podemos observar que además del ataque sexual su vida económica, laboral o escolar se ve afectada por la agresión, ya sea por robo, estado emocional o consecuencias emocionales, muchas áreas de su vida se ven afectadas con una situación así. Aún cuando se consulta principalmente por la situación emocional actual, muchas consecuencias parecen poco importantes, pero el área legal y médica, les implican muchos gastos, permisos, ausencias, retardos, y un sin número de actividades que tienen que realizar y que rompen con su esquema cotidiano de vida, podemos ver en los porcentajes que en aspectos escolares y económicos, a las personas les repercutió de una u otra manera lo ocurrido, muchas de estas además se deben a que no recibieron apoyo o asesoría desde el inicio y tuvieron que hacer gastos y acciones que no les repercutieron favorablemente, por lo menos en el momento que lo hicieron.

CONSECUENCIAS EMOCIONALES, CONDUCTUALES Y COGNITIVAS

Tabla 27. DESPUÉS DEL ATAQUE LAS CONSECUENCIAS EMOCIONALES-AFECTIVAS, COGNITIVAS Y CONDUCTUALES FUERON

	FRECUENCIA	%		FRECUENCIA	%
ENOJO	66	83	TRISTEZA	65	81
ASCO	50	63	REBELDÍA	38	48
PESADILLAS	47	59	AISLAMIENTO	54	68
CULPA	47	59	AGRESIÓN	46	58
VERGÜENZA	53	67	EXPLOS. REPENTINAS	50	63
INSEGURIDAD	63	79	SOBREGENERALIZAR	27	34
B. AUTOESTIMA	58	73	CATASTROFIZAR	24	30
OBSESIÓN	45	56	MIEDO A ESTAR SOLA	48	60
FRUSTRACIÓN	67	71	M. A SALIR DE NOCHE	49	61
IMPOTENCIA	52	65	M. LUG. CERRADOS	35	44
AUTOCONCEPTO			M. LUG. ABIERTOS	29	31
NEGATIVO	44	55	M. LA SIGUEN	54	68
PÁNICO	37	46	M. SER VIOLADA	49	61
AUTODEST.	27	34	M. A LOS HOMBRES	50	63
DESAMPARO	38	48	M. PERS. CON AUTOR.	33	41
DESEO MORIR	32	40	M. SOLA EN AUTOBÚS	44	55
HOST HOMBRES	47	59	M. CAM. SOLA DÍA	28	35
SENT. DE ODIO	67	84	M. SOLA DE NOCHE	53	66
S. VENGANZA	35	44	M. VIAJAR SOLA	42	53
PREOCUPACIÓN			EXPECT. NEGATIVAS	44	55
OPINIÓN OTRO	53	66	DESC. HOMBRES	60	75

En este aspecto, podemos decir que la mayor afectación de una persona que ha sufrido un ataque sexual, es el área psicológica (emocional, cognitiva y conductual) y que es lo que tarda más en recuperarse, pues las secuelas del síndrome postviolación puede durar toda la vida si no recibe atención psicológica sensible, capacitada y profesional, lo que nos habla de que no solo es cuestión de apoyo solidario en las mujeres, es necesario que se esté bien preparado para poder apoyar a las personas en crisis y a que superen en la medida de lo posible lo vivido para continuar su vida de la manera más exitosa posible, previniendo con esto problemas mayores que no les permitan florecer en la vida, lo que se abordará de manera más concreta en el apartado de alternativas de intervención terapéutica como propuesta de este trabajo, ya que es sin duda el factor más importante a trabajar en este tipo de casos, las consecuencias y secuelas a nivel psicológico.

Tabla 28 . CAMBIOS O ALTERACIONES CONDUCTUALES

	FRECUENCIA	%
HÁBITOS DE ASEO	34	43
HÁBITOS DE SUEÑO	48	60
HÁBITOS ALIMENTACIÓN	48	60
CONSUMO TABACO	6	8
CONSUMO DE ALCOHOL	4	5
CONSUMO DE DROGAS	1	1
ABUSO DE MEDICAMENTOS	8	10
DEPENDENCIA RADIO O T.V.	23	29
DEPENDENCIA A ALGUIEN	30	38
CAMBIO DE TELÉFONO	6	7
AUMENTO DE TRABAJO	10	13
ACTIVIDADES DE ESPARCIMIENTO	21	26
CAMBIO DE DOMICILIO	4	5
CAMBIO ACTIVIDADES PREFERIDAS	33	44

Muchas de las víctimas reportan cambios substanciales en sus patrones conductuales, como es el caso del sueño, la alimentación, el consumo de tabaco o alcohol, sensación de aumento de trabajo o se lo buscan para estar más ocupadas y pensar o sentir menos lo ocurrido, en sus hábitos de aseo o en sus actividades preferidas, esto es sin lugar a dudas lo palpable que ellas pueden reportar, además de la descripción de sus estados emocionales, pensamientos y actitudes hacia lo ocurrido. Dentro de estas consecuencias, muchas personas manifiestan que fueron cambiando a lo largo del tiempo, en un inicio presentaron modificaciones en algunos comportamientos y después cambiaron por otros, algunos aumentaron y otros disminuyeron, así como la relación directa con sus pensamientos y sus emociones. El reporte que se presenta en esta tabla, son los que se presentaron de una forma inmediata o a muy corto plazo, pero muchos de estos permanecen, otros desaparecieron y otros se modificaron siendo más intensos e incómodos en sus vidas. Algunas personas reportan que acudieron a solicitar apoyo a otro lado por alguna dependencia, problema de sueño, de alimentación u otro y en la entrevista salió la situación vivida tiempo atrás y fueron canalizadas para trabajar primero este aspecto y después regresar al apoyo inicial de su consulta, si es que continuaban los problemas en esas áreas.

ALTERACIONES O TRASTORNOS SEXUALES

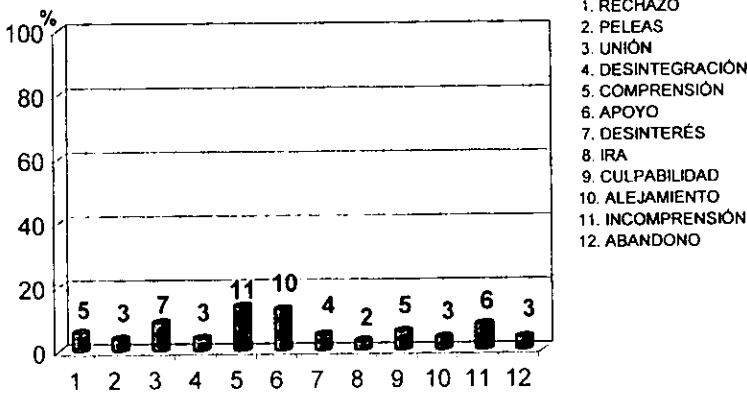
Tabla 29. CONSECUENCIAS EN EL ÁREA SEXUAL EN VÍCTIMAS CON VIDA SEXUAL ACTIVA.

	FRECUENCIA	%
FRECUENCIA	10	13
SATISFACCIÓN	10	13
DOLOR	4	5
VERGÜENZA	10	13
ASCO	11	14
MIEDO	15	19
INTERÉS	20	25
ESCENAS RETROSPECTIVAS	12	15
OBTENCIÓN ORGASMO	10	13

Muchas de las personas que acuden al servicio cuando son menores de edad o cuando no tienen aún una vida sexual activa, no pueden reportar si ha habido o habrá alguna alteración en su vida sexual, pero aquellas que lo están realizando, reportan cambios importantes en esta área de su vida, se modifica de manera negativa su interés por las relaciones sexuales disminuyendo mucho, les da miedo el sólo hecho de pensar tener relaciones sexuales con alguien, cuando tienen las relaciones piensan o les llegan imágenes retrospectivas del ataque lo que les impide gozar la relación, por lo que la satisfacción, obtención de orgasmo, frecuencia, vergüenza y asco son elementos presentes en su vida sexual posterior al ataque, y es un aspecto muy importante a trabajar, ya que esto a la larga también se convierte en problemas de pareja, separaciones o comportamientos promiscuos en ellas. Debemos tomar en cuenta que muchas de las personas que acuden a solicitar el servicio aún no tienen vida sexual activa, por lo que aún desconocen si esto afectará en su vida de pareja. Así mismo algunas personas acudieron a recibir orientación sobre sexualidad y relación de pareja en otra parte y fueron canalizadas al servicio de atención a violencia sexual, considerando que es algo que deben abordar primero y revisar si esto ayudaría a mejorar la situación de pareja.

CONSECUENCIAS CON LA PAREJA

Figura 19. CUÁL FUE LA REACCIÓN DE LA PAREJA DE LA VÍCTIMA AL SABER DEL ATAQUE



En esta variable tenemos que algunas mujeres tenían pareja (novio o esposo) cuando ocurrió el ataque, otras después que lo tuvieron y se lo contaron, las respuestas son dadas por aquellas personas que se lo contaron cuando ocurrió el ataque o después de hacerse novios, los porcentajes más altos equivalen a aquellas respuestas de comprensión y apoyo ante saber lo ocurrido, pero también tenemos desintegración, incomprensión y desinterés, lo que provoca en ellas aún más malestar y se cuestionan el hecho de que si deben o no saber las parejas lo que les ocurrió antes de conocerse, ya que es una angustia que muchas mujeres viven tanto por ya no ser "vírgenes" como por pensar lo que pasaría si se enteran por otras personas, pero de todas maneras temen mucho a la reacción que tendrán ante este hecho, asunto que deberá atenderse en la psicoterapia.

CONSECUENCIAS FAMILIARES

Tabla 30. QUÉ OBTUVO DE FAMILIARES DESPUÉS DEL ATAQUE

	FRECUENCIA	%
DESINTEGRACIÓN	7	9
RECHAZO	7	9
PELEAS	11	14
UNIÓN	25	31
COMPRENSIÓN	45	56
APOYO	48	60
DESINTERÉS	7	9
REGAÑOS	15	19
INSULTOS	4	5
LE CREYERON	35	44
GOLPES	2	3
ABANDONO FÍSICO	2	3
ABANDONO EMOCIONAL	6	8
CULPABILIZACIÓN	7	9
SOBREPROTECCIÓN	11	14
IRA	17	23

Es muy cierto que la persona más afectada es la víctima, pero no podemos negar que la familia también vive un impacto emocional cuando ocurre algo así a cualquier miembro de la familia, tenemos así una gran diversidad de reacciones en las cuales las de mayor porcentaje de respuesta son apoyo, comprensión, credibilidad, unión e ira hacia el agresor, pero también regaños, sobreprotección y peleas, que para la situación emocional de la víctima no son reacciones esperadas y eso ha hecho que muchas personas refieran que por eso no lo decían, porque sabían que eso ocurriría, es importante por tanto dar apoyo familiar y no solo individual, ya que solo así se creará una red de apoyo para la víctima y su familia, que de cualquier modo está afectada por lo ocurrido y no saben en muchos momentos qué hacer, qué decir o cómo comportarse con la víctima.

Tabla 31. QUÉ TAN CERCA SE SIENTE DE SU FAMILIA AFECTIVAMENTE EN LA ACTUALIDAD.

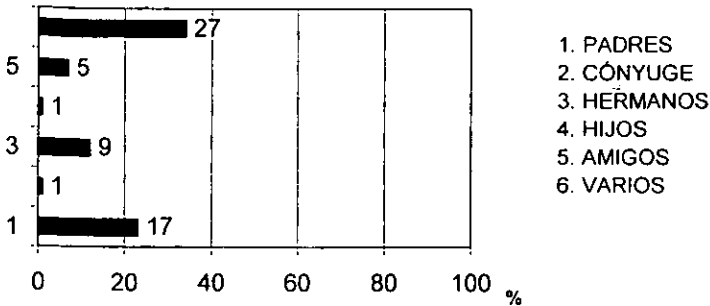
	FRECUENCIA	%
MUY CERCA	25	31
MODERADAMENTE CERCA	21	25
NEUTRAL	13	14
DISTANTE	13	14
MUY DISTANTE	8	9

Después de lo ocurrido, muchas personas refieren que las relaciones con su familia mejoraron, que se acercaron más a ellos y sienten mucho apoyo, que es difícil reconocerlo, pero son las ganancias secundarias de algo tan negativo en su vida, que unos de los beneficios que resultó de esto fue mayor unión familiar y comunicación, así como el darse cuenta que son más fuertes de lo que pensaban o que sus familiares se preocupan más de lo que creían, dentro de estos males algo positivo resulta y en ocasiones parece cuestionarse el sentido que tiene para la familia algo tan desagradable en su vida y que en ocasiones trae como consecuencia algo positivo. Así mismo podemos referir que en algunos de los casos la situación familiar fue sumamente desagradable, se distanciaron y las relaciones fueron muy conflictivas e insatisfactorias, esto ocurre principalmente cuando el agresor es de la familia y sobre todo el padre.

TIENE PROBLEMAS FAMILIARES POR EL ATAQUE:	SI	39%
---	----	-----

De los reportes de problemas familiares por el ataque como se mencionó anteriormente ocurren cuando el agresor es de la familia, cuando es conocido de la familia y goza de afecto y simpatía y también cuando la familia se torna sobreprotectora y demandante ante la víctima.

Figura 20. CON QUIÉN CUENTA PARA SALIR ADELANTE



Es aliciente observar que la mayor parte de la víctimas cuentan con sus padres y hermanos para salir adelante, así como varias personas en su entorno, ya que esto es uno de los factores más importantes en la recuperación, el apoyo que reciban de personas cercanas y sobre todo de la familia de origen, que así como es la fuente principal de las heridas más profundas, también es la mejor sanadora de las adversidades a las que nos enfrentamos cotidianamente, ya que es el vínculo más fuerte, poderoso y profundo que podemos tener como seres humanos.

EXPECTATIVAS Y NECESIDADES DE APOYO

Tabla 32. QUÉ ESPERA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

	FRECUENCIA	%
APOYO	57	71
ASESORÍA	48	60
COMPRESIÓN	45	56
QUE LE CREAN	25	31
ORIENTACIÓN	49	61
COMPAÑÍA	19	24

En este rubro las personas refieren que lo que más esperan es apoyo terapéutico para superar la situación vivida, esperan orientación y asesoría a nivel individual y familiar, para poder manejar la situación de la mejor manera posible dentro de lo mal que se sienten, otros aspectos son la comprensión (sin crítica, juicio o valoración negativa), que le crean y que si es necesario se les acompañe en el proceso legal. Es importante tomar muy en cuenta las expectativas de la gente en la terapia, ya que muchas llegan con la petición única de querer olvidar lo ocurrido y en las propuestas veremos que no es que se olvide, sino que se supera y se le da un significado diferente para tener una visión más amplia de los obstáculos que se deberán vencer para seguir adelante.

Tabla 33. QUÉ REQUIERE DE ATENCIÓN SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL TERAPEUTA.

	FRECUENCIA	%
PSICOTERAPIA	73	91
ASESORÍA LEGAL	19	24
ATENCIÓN MÉDICA	9	11
APOYO FAMILIAR	44	55
COMPAÑÍA LEGAL	16	20
LEVANTAR DENUNCIA	5	6
DICTAMEN PSICOLÓGICO	11	14
ANÁLISIS DE LABORATORIO	6	8
VISITA DOMICILIARIA	1	1
CANALIZACIÓN	1	1

Esta valoración la hace el terapeuta que entrevista a la víctima en la primera sesión de intervención, se preguntarán porque no el 100% necesita psicoterapia, y es porque requiere canalización, sólo orientación de ciertos aspectos sin que esto implique un proceso psicoterapéutico o bien lo ocurrido no es lo prevaleciente en su vida y requiere otro tipo de atención psicológica, además tomando en cuenta que la mayoría asiste dos años o más de lo ocurrido, la atención médica y legal ya no es de su importancia.

A continuación se presentará una síntesis de los factores de riesgo y las consecuencias, para realizar una propuesta preventiva y de intervención psicológica.

RESUMEN DE LOS FACTORES DE ALTO RIESGO Y CONSECUENCIAS OBTENIDAS DE LOS RESULTADOS

A continuación se describen los factores de riesgo y las consecuencias principales encontradas en esta investigación, tomando en cuenta las frecuencias más altas por orden de importancia.

VÍCTIMAS

- ⇒ **Sexo:** Mujeres
- ⇒ **Edad:** Entre 5 y 36 años (frecuencias más altas en 7, 11, 18 y 20 años)
- ⇒ **Escolaridad:** Estudiantes
- ⇒ **Estado Civil:** Solteras
- ⇒ **Aspecto Físico y vestimenta:** Normal

SITUACIÓN

- ⇒ **Día de Ataque:** Indistinto (frecuencias más altas Miércoles y Sábado)
- ⇒ **Mes de Ataque:** Indistinto (frecuencias más altas Julio y Diciembre)
- ⇒ **Hora de Ataque:** Entre las 12:00 p.m. y las 8:00 p.m.
- ⇒ **Lugar de Ataque:** Casa de la Víctima, Calle y Baldío
- ⇒ **Ataques previos:** El primero
- ⇒ **Número de Atacantes:** Uno
- ⇒ **Tiempo transcurrido desde el Ataque:** Más de dos años
- ⇒ **Durante cuánto tiempo ocurrió el ataque:** Horas
- ⇒ **Motivo del tiempo transcurrido:** Miedo, Falta de Información y Estado Emocional
- ⇒ **Tipo de Ataque:** Violación e Incesto
- ⇒ **Tipo de Relación Sexual:** Vaginal y Caricias sin penetración
- ⇒ **Medios que se usaron para el ataque:** Intimidación, Amenazas y Violencia Física
- ⇒ **Conductas del atacante:** La abrazó y le tapó la boca

- ⇒ Verbalizaciones del atacante: Amenazas y conversaciones
- ⇒ Expresión del Atacante: Tranquilo y Nervioso
- ⇒ Vestimenta de la Víctima ante el ataque: Normal
- ⇒ Conductas ante el ataque de la víctima: Obedecer y paralizarse
- ⇒ Verbalizaciones de la víctima ante el ataque: Llorar y suplicar

VICTIMARIO

- ⇒ Sexo: Masculino
- ⇒ Relación con la víctima: Conocido
- ⇒ Tipo de Relación: Familiar
- ⇒ Tiempo de conocerse: Años
- ⇒ Ropa del atacante: Casual y de vestir
- ⇒ Compleción del atacante: Robustos y delgados
- ⇒ Estatura del atacante: Alto y medio
- ⇒ Aspecto Físico del atacante: Normal
- ⇒ Identificado y situado: Si
- ⇒ Edad aproximada del atacante: 15 a 51 años (promedio 21 años)
- ⇒ Escolaridad aproximada: Primaria
- ⇒ Ocupación aproximada: Obrero o empleado
- ⇒ Denuncia Legal- Si
- ⇒ Detenidos y en juicio: No

DESPUÉS DEL ATAQUE

- ⇒ Motivos para no denunciar al agresor: Miedo, no quiere que lo sepan, falta de información
- ⇒ Sentimientos de las que denunciaron: Incomodidad, ansiedad y vergüenza
- ⇒ Conductas de la víctima después del ataque: Irse a su casa, vestirse, contarle
- ⇒ Quién más lo sabe: Varias personas, amigos y nadie
- ⇒ Qué hicieron al saberlo: Apoyarla, comprenderla, preguntar más y pedir ayuda

⇒ **Sentimientos ante el ataque:** Miedo, Inseguridad, Tristeza, Depresión e Intentos de Suicidio

CONSECUENCIAS

- ⇒ **Consecuencias Físicas:** Tensión física, Cansancio, Dolores intensos, Embarazo.
- ⇒ **Consecuencias Emocionales y Cognitivas:** Sentimientos de Odio, Enojo, Tristeza, Inseguridad, Desconfianza hacia los Hombres, Baja Autoestima, Frustración, Aislamiento, Miedos generales, Vergüenza y Preocupación por la opinión de los demás hacia ella.
- ⇒ **Consecuencias Conductuales:** Modificación en los patrones de sueño (disminuyó), alimentación (aumentó), aseo (aumentó) y dependencia hacia alguien (aumentó).
- ⇒ **Consecuencias Económicas y Escolares:** Si
- ⇒ **Consecuencias en su sexualidad:** Desinterés, miedos y escenas retrospectivas durante la relación sexual.
- ⇒ **Reacción de la Pareja:** Comprensión, apoyo y unión
- ⇒ **Lo que recibió de familiares:** Apoyo, Comprensión, Credibilidad y Unión
- ⇒ **Cómo se siente con su familia:** Muy cerca
- ⇒ **Con quién cuenta para salir adelante:** Padres y varias personas

NECESIDADES DE ATENCIÓN

- ⇒ **Expectativas de la Terapia:** Apoyo, Orientación y Asesoría
- ⇒ **Requiere:** Psicoterapia, Apoyo Familiar y Asesoría médico-legal

CAPÍTULO 7. PROPUESTA DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA ANTE LA VIOLENCIA SEXUAL

En este capítulo, se presentarán las propuestas de prevención primaria a corto, mediano y largo plazo para reducir los índices de violencia sexual, que podrán ser aplicadas a toda la población, así como las propuestas de apoyo psicológico en intervención en crisis, terapia de crisis y terapia cognitivo-conductual, de acuerdo con los resultados obtenidos de la investigación de campo, de la experiencia en el PIAV UNAM y la literatura consultada.

7.1. Propuestas Preventivas

7.1.1. *A corto plazo*

Esta propuesta de prevención primaria parte la experiencia obtenida en el trabajo realizado durante 12 años dentro del Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV) Iztacala UNAM, como psicoterapeuta y facilitadora de los talleres educativo-terapéuticos de prevención a la Violencia Sexual, así como asesora de tesis en temas relacionados, dentro del Proyecto de Violencia Sexual, de las investigaciones realizadas en las tesis de Hernández, Olivo y Robles (1997), Hernández y Pérez (1991), Benitez, Espejel y Espinoza (1996), Ávila y Lemus (1997), Basurto y Segura (1998), Elizondo (1994), Herrera (1997), Salinas (1995), Vázquez (1994), Morales, Padilla y Saavedra (1995) y algunas en proceso sobre prevención de relaciones violentas, hostigamiento sexual, maltrato intrafamiliar; descritas en el capítulo 3, y de los resultados obtenidos en la presente investigación, respecto a los factores de alto riesgo que podrían prevenirse.

La propuesta va encaminada a la impartición de talleres educativo-terapéuticos para la prevención de la violencia sexual, los cuales son un conjunto de técnicas de dinámica grupal en las que los participantes son objetos y sujetos de aprendizaje, en consecuencia juegan un papel tanto activo como pasivo. Los talleres tienen la modalidad de que a través de

técnicas de dinámica grupal, los participantes expresan vivencias y experiencias propias que enriquecen el proceso de aprendizaje individual y grupal, tanto de los participantes como de los facilitadores del taller, lo que lleva a un aprendizaje más significativo y la información obtenida tiene un uso práctico en su vida cotidiana.

A continuación se mencionarán los temas generales que se deberán cubrir dentro de los talleres para niños, adolescentes, adultos, padres de familia y profesionales dedicados a la educación y promoción de la salud mental, realizando modificaciones en los contenidos de acuerdo a la edad y objetivo que se pretende obtener (deberá ser aplicado tanto para hombres como para mujeres).

OBJETIVO GENERAL: Los participantes adquirirán conocimientos y habilidades de prevención primaria contra la violencia sexual.

I.- PRESENTACIÓN: Esto se hace con la finalidad de que exista familiaridad entre los asistentes y el facilitador del taller, comentando expectativas y el objetivo del taller.

II.- PREEVALUACIÓN: Dentro de este aspecto será necesario obtener los conocimientos y habilidades que poseen los participantes antes de la aplicación de un taller, por lo que será necesario la resolución por parte de los asistentes de un cuestionario previamente elaborado (se anexa propuesta), la observación directa a través de representaciones y preguntas dirigidas, para evaluar antes y después, así como hacer modificaciones al programa si fuera necesario.

III.- FASE EDUCATIVA: Esta primera etapa del taller contempla la información básica que deberá proporcionarse a los asistentes sobre el contenido del Taller, así como los conceptos básicos que se trabajarán, variará si esta dirigido a niños, adolescentes o adultos, así como a profesionales que se estén capacitando para ser monitores de los talleres, se podrán hacer a través de exposición, mesa redonda, técnicas de dinámica grupal o teatro guiñol. Con esto se logra que tanto los términos como los contenidos sean familiares a los asistentes y se tenga una continuidad en el aprendizaje de cada tema. Los contenidos teóricos básicos son:

A. - Violencia Sexual: Se deberán cubrir los conceptos (formas de violencia sexual), causas, consecuencias, mitos, factores de alto riesgo, situaciones potenciales de peligro (abuso sexual, secuestro, robo, asalto, incesto, violación, entre otros), aspectos legales y médicos, esto se podrá realizar a través de exposición, lluvia de ideas o debate, para que los asistentes obtengan información actualizada y verídica de lo que ocurre dentro de su entorno, sin escandalizar ni atemorizar.

B. - Cuerpo Humano: El objetivo es que conozcan las diferencias de género, identidad de género, funciones del cuerpo humano, cuidados y atenciones que requiere la salud física y mental, que se concienticen de su cuerpo y reconozcan sus partes íntimas; podrá realizarse a través de documentales en video, actividades manuales como los rompecabezas, actividades físicas como canciones y juegos, obteniendo con esto la parte básica de la prevención: el cuidado personal hacia su cuerpo y su integridad.

C. - Desarrollo Humano y Sexualidad: El objetivo es que los integrantes del grupo conozcan cual es el desarrollo humano desde la concepción hasta la edad adulta y la muerte en aspectos generales como el físico, psicológico y social. Se abordarán temas sobre los cambios, las etapas y los cuidados que cada uno conlleva, roles de género, igualdad y derechos, así como lo que son las conductas sexuales y las expresiones sexuales aceptadas socialmente y aquellas que podrían ocasionar problemas a ellos mismos o a los demás, se podrán utilizar técnicas de dinámica grupal, videoconferencias, documentales en video, dibujos y exposición, con esto se podrá enfatizar lo que implican los cambios en el desarrollo y los cuidados que esto implica, así como los riesgos de cada etapa, respecto a situaciones potenciales de peligro y la identificación temprana de problemas de salud y de relación con los otros.

D. - Relaciones Humanas: El objetivo es que los participantes conozcan los vínculos en las relaciones humanas, formas y medios de comunicación humana y los cambios que van existiendo de acuerdo con la edad y el sexo de cada uno. Se toma en cuenta los tipos de contacto físico en tanto a caricias, tocamientos, expresiones afectivas, cuidado, protección y respeto de los demás y de ellos mismos. Se puede abordar con sociodramas, escenificaciones, exposición, lluvia de ideas y juego de roles. A través de revisar este aspecto, los participantes podrán identificar cómo son sus relaciones con los demás y si existen señales de que algo no esta siendo adecuado para ellos, así como las formas de modificarlo.

E.- Autoestima: Valores y Derechos Humanos: En este rubro el objetivo es que conozcan conceptos como es el poder, el respeto, la responsabilidad, los valores y los derechos humanos. Si una persona valora su integridad como la de los demás, reducirá el riesgo de estar en una situación de peligro, pero al mismo tiempo no dañará a otros. Se aborda el conocimiento personal de las señales corporales ante situaciones de peligro e incómodas, así como el derecho a decir NO. Es importante enfatizar que si algo les ocurre no fue su culpa y no deben avergonzarse por ello, confiar en alguien y pedir ayuda de inmediato. Es importante resaltar que la autoestima adecuada reducirá la posibilidad de que una persona este permitiendo tratos injustos y que logre respetar a los demás, así como detectar si esta en una situación de maltrato o trato inadecuado. Se logrará a través de dinámicas grupales, realización de collage, sociodramas y exposición.

F.- Medidas Preventivas: El objetivo es que el participante conozca las principales medidas preventivas que deberá tomar para alejarse lo más posible de una situación potencial de peligro. Estas medidas son necesarias tomarlas donde se vive, en la calle, cuando se usa transporte propio, en transporte público, si toma un "aventón", en lugares públicos y de servicios, así como en los principales lugares por donde una persona transita, estudia o trabaja (Se anexan recomendaciones).

G.- Centros de Apoyo e Instituciones Gubernamentales: El objetivo es prevenir que ocurran situaciones de Violencia Sexual, pero si fuera necesario el apoyo para orientación o si ocurriera una situación así, es necesario que los participantes conozcan los lugares a donde pueden acudir, por lo que deberá proporcionárseles información sobre los principales centros de ayuda en el Distrito Federal y los Estados de la República Mexicana.

IV.- FASE FORMATIVA: A partir de la obtención de información sobre los temas anteriores, se deberá trabajar con el desarrollo de habilidades para la prevención, dentro de los cuales el objetivo es que los participantes logren obtener habilidades sociales, asertividad, acciones de defensa personal y medidas preventivas. Esto es con la finalidad de que practiquen formas de interacción social y técnicas de defensa en caso de una situación de peligro, se realizaría a través de sociodrama, entrenamiento directo en defensa personal, juego de roles, ensayo conductual, modelado y videos. Los contenidos principales que deberán abordarse son:

a.- **Asertividad y Habilidades Sociales:** En este aspecto se deberán practicar técnicas asertivas de relación humana como son: Disco Rayado, Banco de Niebla, Aseveración Invertida, que son útiles ante la presión, el chantaje o el soborno. Discriminar el contacto físico agradable y el desagradable, habilidades de afrontamiento motoras, cognitivas y verbales para resistirse o enfrentar situaciones de acoso u hostigamiento sexual. Así mismo discriminar entre secretos y manipulación de los otros. Se toman los tres pasos principales de poder resistirse al decir NO fuerte y claro, Alejarse de la situación lo más pronto posible y contárselo a alguien de su confianza. Se refuerza la información corporal de alguna situación de peligro (intuición) y el derecho a rehusarse a una petición incomoda. Aprender a discriminar claramente señales de aceptación o rechazo de la otra persona. Se logra hacer a través de juego de roles, sociodrama, ensayo conductual, modelado y otras técnicas donde se representen situaciones de riesgo y el participante pueda realizar varias alternativas de escape.

b.- **Defensa Personal:** El objetivo es que el participante aprenda directamente técnicas de defensa personal ante un atacante de manera física, es necesario que sea impartido por un profesional en esta área; abarca contenidos de prevención (no confiar en todos aunque sean conocidos), persuasión, negociación, control, ataque y escape. Se abordan puntos de presión, acciones y actitudes ante un enfrentamiento; se conocen las armas legales de protección y defensa, la defensa con su cuerpo y las acciones si no se logró evitar un ataque (evidencias y lugares de atención), incluyendo medidas de defensa verbales, motoras y cognitivas.

Es importante hacer notar la posibilidad de control que se podría tener ante una situación de riesgo, lo que permite tener mayor seguridad, pero puntualizar aquellas situaciones en donde existe la azarosidad y ataques inevitable o fuera totalmente del control de defensa de la víctima, si esto ocurriera es necesario tomar en cuenta que se hizo lo posible ante la sobrevivencia de la situación, para no generar culpas y conductas autodestructivas posteriores.

V.- **POSTEVALUACIÓN:** El objetivo es obtener de los participantes los mismos datos del inicio en cuanto a conocimientos y habilidades, aplicando el mismo cuestionario y realizando representaciones parecidas a las de la preevaluación para observar y registrar los cambios obtenidos a partir de la

aplicación del taller educativo-terapéutico. Se analizan los resultados y de ser necesario se refuerzan temas que hayan reportado pocos cambios. Si es para padres de familia deberán escenificar o hacer en vivo la explicación o explicaciones que darían a sus hijos de prevención y defensa, utilizando materiales diversos, obteniendo retroalimentación de los facilitadores para modificar algunos aspectos que se consideren pertinentes; si es dirigido a profesionales (formándose como monitores), deberán diseñar un programa de acuerdo con lo aprendido para la población en la que tienen injerencia con objetivos, materiales, actividades y recursos audiovisuales, siendo retroalimentados por los facilitadores del taller, para realizar los ajustes necesarios.

VI.- SEGUIMIENTO: Lo ideal a partir de la aplicación de talleres de prevención en violencia sexual es realizar un seguimiento a corto, mediano y largo plazo, pero dado que existen un sinnúmero de factores que tanto lo impiden (seguimiento de las personas donde viven o que ellos mismos se reporten), así como no es posible del todo atribuir a la intervención la ocurrencia o no ocurrencia de una situación de peligro, se sugiere que se realice (aunque en ocasiones es algo difícil de obtener), es decir, que se contacte con las personas que han tomado los talleres para saber si ha tenido una utilidad en su vida, si le ayudo a evitar alguna situación de riesgo, si lo aplicaron a la población destinada y los resultados obtenidos, así como las modificaciones que se requieren hacer.

Metodología Pedagógica:

Las estrategias didácticas y pedagógicas que se pueden utilizar son variadas y se adecuan a las edades y objetivos de los talleres, por lo que puede utilizarse: la exposición, la mesa redonda, panel, corrillos, lluvia de ideas, sociodrama, debate, teatro guiñol, videos, documentales en vídeo, programas televisivos, técnicas de dinámica grupal en general, collage, cine, juegos, lectura de historietas, folletos y panfletos, títeres, canciones, dibujos, consulta bibliográfica, entre otros.

Las Técnicas de Modificación de Conducta que se pueden emplear para lograr los objetivos pueden ser el ensayo conductual, el juego de roles, el modelado, reforzamiento social, instrucciones con reforzamiento positivo y el moldeamiento por aproximaciones sucesivas.

Los materiales pueden ser papelería, rotafolio, retroproyector, proyector de cuerpos opacos, televisor y videocasetera, grabadora, material impreso, libros, revistas y muñecos anatómicos.

El tiempo que se programe en los talleres lleva aproximadamente 10 a 20 horas en caso de la población en general y 40 horas en la preparación de profesionales y capacitación a monitores de los talleres. En el cual se recomienda que para la población en general sean sesiones de máximo dos horas, las cuales pueden ser una sesión por tema, mientras que a los profesionales se les puede aplicar en sesiones de 4 horas con descansos o intermedios.

Los participantes (mujeres y hombres) se recomienda separarlos por bloques de edad para la población de niños y adolescentes (2-4, 6-8, 8-10, 10-12, 12-15, 15-18, 18 años en adelante) y grupos no mayores a 20 asistentes, impartirlo a padres de familia de los niños y adolescentes que reciben el taller, así como a los maestros y profesionales en salud pública por separado.

El escenario donde se realice, deberá estar bien iluminado, acondicionado con bancas y mesas movibles para el número de asistentes, que cuente con un espacio amplio cuando se realice la sesión de defensa personal y que tenga los recursos materiales necesarios para los métodos audiovisuales que se requieren. Además de estar adecuado para las dinámicas que se realicen.

El (la) o los (las) facilitadores (as) del taller deberán ser personas capacitadas previamente, así como contar con los conocimientos y habilidades que se van a implementar, será necesario más de un facilitador cuando el grupo sea mayor a 10 personas.

Otras Acciones preventivas

* Conferencias, pláticas, talleres informativos, anuncios escritos, participación en foros abiertos, obras de teatro, entre otras; que posibiliten informar a la población de manera inmediata y directa sobre los aspectos preventivos, los factores de alto riesgo y las acciones a realizar en caso de ataque. Esto permitirá que a corto plazo la población en mayor cantidad este más informada y por tanto prevenida.

7.1.2. A mediano plazo

** Capacitación a personal docente de todas los grados educativos, padres de familia y profesionales en atención a la comunidad.*

Esto implica, que las personas que están encargadas de la educación y formación de la población puedan recibir como parte de su preparación, conocimientos y habilidades en prevención ante la violencia social y sexual, para que lo transmitan a la población en general, logrando que abarque el mayor número de personas, logrando disminuir los altos índices de ocurrencia, no solo para que no les ocurra a los más vulnerables, sino para que tampoco lo hagan a los demás a mediano o largo plazo. Esto implica una educación familiar y social en valores humanos y sensibilización ante el problema de violencia sexual.

** Impartición de Prevención de la Violencia Social y Sexual en la Educación Formal como parte del Programa Educativo.*

En este aspecto me refiero a que dentro del plan de estudios de todos los niveles educativos, se contemple dentro de los libros de texto o las asignaturas temas sobre la violencia sexual y su prevención, para tomar conciencia sobre las formas de violencia, la seguridad y el autocuidado, independientemente de la religión, raza o nivel sociocultural. Se han realizado cambios a la estructura pedagógica de los libros de texto, se ha incluido el tema de la sexualidad en 5o. y 6o. de Primaria, pero es necesario ampliar más el tema tanto por el contenido de los libros, como en la preparación de los docentes, para que este rubro no sea solo un tema más o se abarque de manera superficial y rápido; la seguridad e integridad de las personas son más valiosas que saber las tablas de multiplicar, las ecuaciones algebraicas o la estructura de una oración, por lo que deberá ser parte de la formación académica el bienestar físico y psicológico.

** Extensión de la información a Instituciones Públicas y Privadas como parte de sus programas formativos.*

Así como las instituciones realizan programas de protección civil contra temblores o incendios, de seguridad en el trabajo y cursos de actualización y mejora en la calidad, deberán incluir un programa de prevención ante la inseguridad social en todos los niveles. Es importante que se incluyan estos temas en iglesias, escuelas para padres, capacitación laboral, entre otros, para que la población tenga acceso a la información y medidas de prevención y defensa, ya que esto probabilizará que bajen los índices, no solo de riesgos en el trabajo o la casa, sino de cualquier situación de hostigamiento sexual o agresión física o sexual.

** Generación de manuales, folletos y libros prácticos, claros, realistas y accesibles a la población.*

La creación de estos materiales, puede favorecer que mayor número de personas tengan acceso a la información preventiva y de defensa ante situaciones de riesgo, ya que podría no ser tan posible que toda la población tomara talleres preventivos, el que tengan a la mano un folleto, manual, libro o anuncios televisivos, podría favorecer la prevención, ya que si se cuenta con material claro, real, corto y a bajo costo, permite que menos personas estén en riesgo y mayor conciencia se haga del grave problema de salud pública que representa la violencia sexual en nuestro país.

** Realización de más investigación sistemática respecto a las acciones preventivas.*

Esto implica que se continúen realizando investigaciones serias, sistemáticas y científicas que puedan proporcionar elementos preventivos y de intervención terapéutica que permitan realizar acciones cada vez más concretas para disminuir los índices de ocurrencia y favorezcan el bienestar de la población en su conjunto.

** Modificaciones a la legislación en materia de violencia sexual*

Esto implica continuar con la lucha por la modificación a las penas en el Código Penal de todo el país en materia de violencia sexual, la reparación del daño y los elementos para la comprobación de un delito, el trato humano en los Ministerios Públicos y la capacitación y sensibilización al personal que labora en las instituciones dedicadas a la impartición de justicia.

Es evidente ver el bajo porcentaje de denuncias contra los índices reales de ocurrencia y mientras no existan modificaciones en la legislación que garanticen el bienestar de la población y la responsabilidad del agresor, las personas tomarán medidas preventivas, pero también la justicia por su propia mano. Mejorar por tanto la eficiencia del aparato medico-legal-judicial en este tipo de delitos.

7.1.3. A largo plazo

** Educación formal e informal no sexista, reeducación de los roles de género y los valores humanos.*

Esto implica la educación desde la niñez con un sentido de igualdad y que la diferencia de sexos no hace a unos mejores que otros, no estimulando comportamientos diferenciales y contrapuestos para cada género, sin impulsar a los varones a ejercer violencia hacia las mujeres, los menores de edad y los grupos vulnerables al poder, y sin obligar a las mujeres a comportarse de manera sumisa y sometida, sin oportunidades e igualdad con los hombres.

A través de esta educación por la igualdad de oportunidades y derechos, se lograría reducir una doble moral sexual en donde a las mujeres les toca la peor parte, ya que limita el desarrollo integral de ambos géneros, logrando además que no se promueva la sexualidad cosificada en donde la finalidad es la utilización del cuerpo de la otra (o).

Promoviendo con esto que las mujeres, los infantes y las minorías (ya sea por raza, clase, estatus socioeconómico, preferencias sexuales, políticas y/o religiosas) tengan una valoración social igual al género masculino adulto.

** Concientización de la población sobre la violencia sexual y social*

Tratar de prevenir el problema de salud pública que implica la violencia sexual no es asunto que compete sólo a las mujeres, sino es responsabilidad social y moral de todos los ciudadanos (as) y en especial de los profesionales en salud pública, educación, impartición de justicia y bienestar social.

Esto implica que la población este consciente del problema y deje de considerar a la violencia como natural e irremediable, que le ocurre a quien se lo busca, y que la violencia sexual deje de ser una forma efectiva de lograr poder, descarga de frustración y rabia, sometimiento, inseguridad y miedo.

7.2. Propuestas de Intervención Psicológica

Es importante mencionar que al describir una propuesta de intervención psicológica, cualquier persona pudiera realizarla y al tener los elementos básicos que aquí se proporcionen llevar a cabo este tipo de intervención, lo que contradice el hecho de que sólo especialistas lo pueden hacer, pero no es así. El objetivo de esta propuesta es poder compartir la experiencia de 12 años en el PIAV en atención terapéutica de estos casos y sobre todo, brindar herramientas teórico-metodológicas para aquellas personas que se dedican a la psicoterapia, a la orientación psicológica, la consultoría, la educación y apoyo en situaciones de crisis, para que si han de intervenir por no tener a donde canalizar, tienen que intervenir de manera inmediata o asumir el caso en su profesión, logren tener una guía general de apoyo en estos casos, independientemente de su enfoque psicológico o postura teórica, lo que más importa es que la persona reciba el apoyo necesario que le ayude a recuperarse y tomar nuevamente el control de su vida y logre enfrentar las situaciones futuras de manera más efectiva. Esto no es un receta la cual se deba llevar paso a paso, ni un procedimiento rígido que no tenga modificaciones, mucho menos un tratamiento científicamente comprobado al cien por ciento, pero si es una guía de trabajo en atención terapéutica a personas que han sufrido una situación de violencia sexual, basándome en la literatura más representativa como Slaikou (1988), Contreras (1990, 1991b y 1993), Ellis y Abrahams (1989), Golfried y Golfried (1987), Valladares (1989), Meichenbaum (1988), Veronen y Kilpatrick (1987), Melamed y Siegel (1980), Kazdin (1983), Meichenbaum y Genest (1987), Silverman y McCombie (1978), Everstine y Everstine (1989) entre otros, citados en el capítulo 4, en los resultados de la presente investigación y en la experiencia clínica; por lo que primeramente se describirán algunas consideraciones acerca de la intervención psicológica para víctimas de violencia sexual y posteriormente las propuestas de Intervención en Crisis, Terapia de Crisis y Terapia Cognitivo Conductual para las consecuencias y secuelas psicológicas que deja una situación como esta a nivel individual y familiar.

7.2.1. Consideraciones generales para la atención en violencia sexual

* *El terapeuta (mujer u hombre):* En el capítulo 4 se abordaron los elementos a considerar en la intervención psicológica, y es importante resaltar que el terapeuta debería cubrir con:

- a) *Preparación profesional en psicología, desarrollo humano o intervención en crisis*
- b) *Preparación teórico-metodológica sobre violencia sexual*
- c) *Sensibilidad respecto al problema que se aborda*
- d) *Ética profesional*
- e) *Actitud solidaria y humanista*
- f) *Habilidades psicoterapéuticas*
- g) *Actualización profesional*
- h) *Disponibilidad*
- i) *Entusiasmo profesional*
- j) *Compromiso personal, profesional y social*

Sobre todo para aquellos que su área de trabajo principal sea la violencia sexual, ya que en ocasiones puede ser solo uno de los casos que atiende en consulta privada o en una situación laboral y no por eso tiene que poseer todas estas cualidades para poder intervenir.

En muchas ocasiones el apoyo que brinda una persona se reduce a una escucha comprensiva, solidaria y humana, pero no se realiza un proceso interpersonal de intervención psicológica con objetivos y metas, procedimientos y evaluaciones continuas, ésto podría ser suficiente en una primera fase, pero también la persona requiere que su situación sea tratada con *discreción y confidencialidad*, y ofrecida por una *persona profesional* y preparada en este tipo de problemáticas. La capacitación del terapeuta no tiene que ser exhaustiva si no es su área principal de trabajo, pero sí deberá haber tenido por lo menos algunos conocimientos previos generales para la orientación a la consultante, ya que *está en una situación sumamente vulnerable* y una mala orientación, prejuicio o "consejo" podría afectar más que ayudarla.

Deberá conocer de manera general los aspectos legales, médicos y características de la violencia sexual, las crisis, etapas, consecuencias y formas de enfrentar la situación, ya que para poder orientar primero deberá estar informado.

* *El proceso:* En las situaciones de violencia sexual, el proceso psicoterapéutico puede variar de una sesión a otra, dependiendo de las situaciones que se vayan presentando, tales como asuntos legales (audiencias, careos, testimonios, entre otras), asuntos médicos (estudios clínicos, resultados, infecciones, embarazo, entre otras) y asuntos de la vida cotidiana de la consultante (escuela, trabajo, problemas económicos, familiares, de pareja, estado emocional, entre otras), por lo que deberá tomarse en cuenta para que cada sesión tenga un resultado por sí mismo, sin esperar que se tengan que llevar a cabo los pasos uno por uno y en un solo orden establecido. En ocasiones *la situación emocional* de la consultante puede ocasionar un cambio radical en los objetivos terapéuticos o bien suspender la terapia o requerir más ayuda familiar o de pareja.

Es importante tomar en cuenta que la persona requiere orientación y apoyo inmediato, pero en ocasiones existen otras problemáticas alrededor de la violencia sexual que requieren de más atención, por lo que deberá tenerse en cuenta las *prioridades de la consultante* y tomar la decisión de hacia donde se dirige la intervención, en algunos casos es necesario trabajar otros aspectos familiares o personales más urgentes que la situación de violencia sexual aunque haya sido el motivo inicial de la consulta. Tal es el caso de situaciones depresivas, divorcio, pérdida reciente de un familiar, amistad, trabajo, escuela o de salud.

Durante el proceso deberá revisarse la situación legal y médica de la consultante, para analizar la necesidad de *orientación médico-legal*, la compañía en las audiencias judiciales, levantar la denuncia, apoyo en procesos intervención quirúrgica entre otras. *La compañía del profesional* ante estas situaciones es cuestionable pues algunos dicen que no debería de participar más allá de la consulta, pero mi experiencia me ha dejado el aprendizaje de que la presencia física del terapeuta en estas situaciones *ayuda mucho a la persona a tener más seguridad, control y confianza*, además de que se establece mejor el vínculo con el terapeuta que en esos momentos es lo que requiere la persona (poder apoyarse en alguien).

No debe dejarse a un lado *el apoyo que deberá recibir la familia* de la consultante durante la intervención psicológica, pues en una situación como esta el sistema familiar se ve seriamente afectado, pues no saben cómo y qué hacer ante determinadas situaciones, se viven angustiados, presionados, con miedo, ansiosos y con mucha necesidad de orientación y apoyo, ya que además ellos son los que le brindarán contención a la persona afectada y necesitarán estar fuertes y más seguros.

* *La víctima o consultante:* En este rubro, existen muchas consideraciones a tomar en cuenta, pero se resumirán en aquellas que más relevancia tienen para la situación que presenta, tomaremos de aquí en adelante el término "la consultante", tomando en cuenta que el 96% de quienes reciben este tipo de apoyo son mujeres, pero no por eso no nos referimos también a los hombres. En primer lugar es importante considerar *el estado emocional* en el que se encuentra la persona, en ocasiones se resisten a hablar, dicen las cosas en partes, niegan algunas emociones, lloran mucho, evaden preguntas, participan poco en la sesión, olvidan eventos, agreden al terapeuta verbalmente ante determinadas preguntas, muestran conductas de aparente serenidad y calma, pasan de un estado de tranquilidad a llanto incontrolado o risas, entre otras; lo que implica que están *demasiado vulnerables* a ser juzgadas, criticadas, culpabilizadas, cuestionadas o reprendidas por su comportamiento ante el ataque, ante el silencio que mostraron por mucho tiempo o ante la "permissividad" del hecho. Por lo anterior es de suma importancia *tener buen trato, tacto y calidez* al interrogarlas en la entrevista inicial, así como brindar confianza para que la consultante continúe en la terapia y participe de lo que se está tratando.

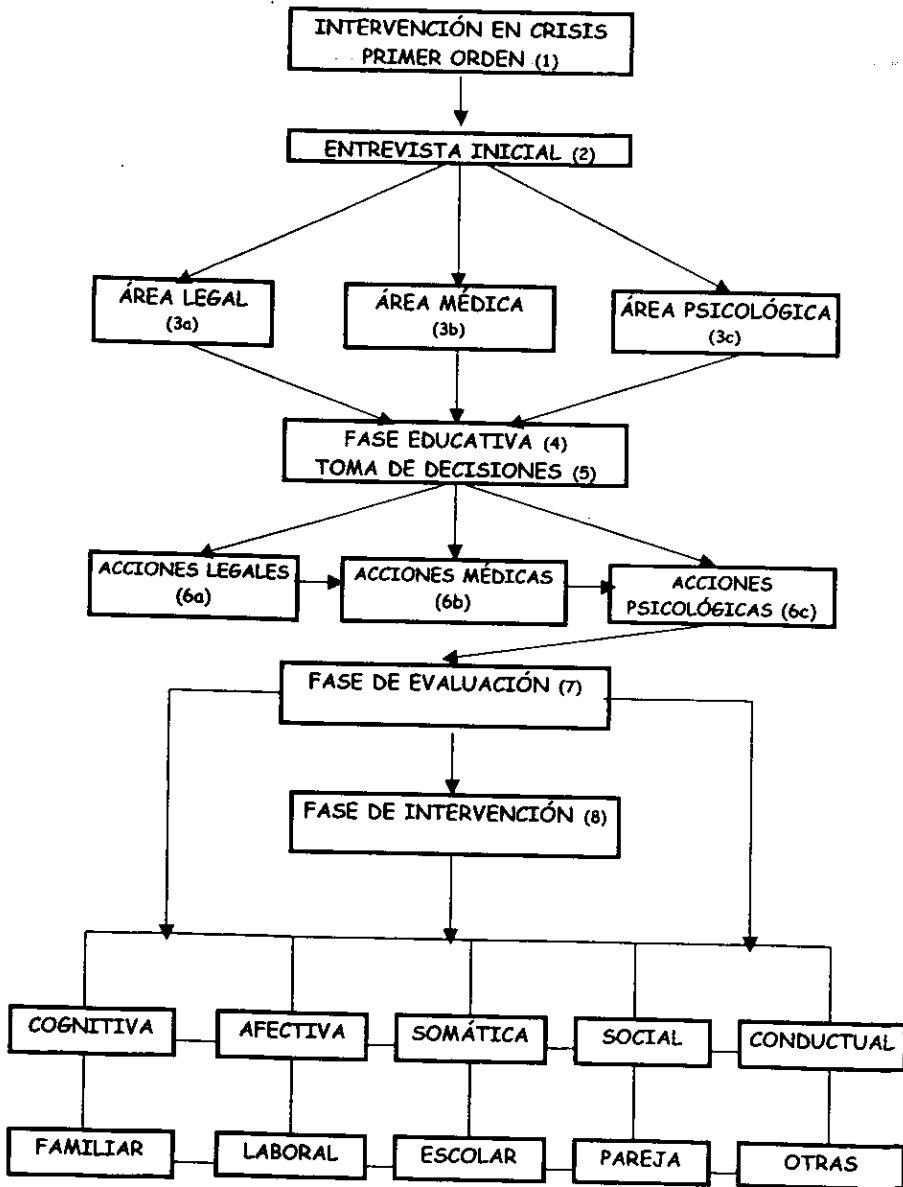
En segundo lugar, la consultante en ocasiones *siente que no se le comprende*, que tiene que exagerar las cosas para que sea creíble su situación o bien no sabe cómo comportarse para darle gusto a todos (si sufre malo y si no sufre malo), en ocasiones quieren recuperarse rápido y seguir su vida normal, sin apoyo y sin terapia y son criticadas por la reacción que toman, en otras ocasiones permanecen en estados depresivos, de tristeza, desgano, apatía y falta de motivación y por lo mismo son juzgadas de no tener fortaleza para superar esto pronto y salir adelante con su vida. Lo que hicieron o dejaron de hacer ante el ataque es algo que *nunca se les debe cuestionar* pues solo ellas saben lo que sentían en ese momento que las llevo a comportarse de tal o cual manera, si se les cuestiona es más probable que se sientan peor y que se culpen por lo ocurrido y además dejen el tratamiento.

En tercer lugar, *las etapas postraumáticas* no siempre se presentan en el mismo orden o haber pasado una etapa no significa que no regresara nuevamente a otra anterior, *las etapas de crisis* tienen duraciones y ordenes variadas y la consultante no sabe en ocasiones ni como se siente, ni que piensa, ni que quiere hacer; esto debe tomarse en cuenta para *no forzar ni presionarla* a que continúe con el siguiente paso, muchas veces deciden levantar la denuncia y luego se arrepienten, deciden abortar y luego quedarse con su hijo, irse de su casa y luego quedarse, seguir trabajando y luego renuncian, pero todo esto *es parte del proceso emocional por el que están atravesando*, deben ser entendidas y guiadas en lo más posible, pero no presionadas a tomar las decisiones que el terapeuta considera mejores o la familia.

En cuarto lugar deberá realizarse una observación cuidadosa de los factores de *riesgo de suicidio*, ya que en ocasiones la situación emocional, familiar o social les genera tal depresión o presión que será necesario establecer una red de apoyo social para poder intervenir en caso necesario, muchas mujeres no reportan esta situación y en posteriores sesiones comentan que realizaron algo con el fin de morir, así mismo fugas impulsivas, conductas peligrosas, promiscuas, adictivas o arranques violentos frecuentes, que las llevan a complicar la situación familiar y personal.

Por último, deberá tomarse en cuenta *el tiempo que ha transcurrido* desde el ataque a la fecha de consulta, así como *las consecuencias y secuelas* psicológicas, familiares y sociales, para la intervención, ya que de esto dependerá si es Intervención en Crisis, Terapia de Crisis o Terapia Cognitivo-Conductual.

7.2.2. Terapia individual. Ruta de atención en Intervención en Crisis



(9) Postevaluación y (10) Seguimiento.

* Esquema Tomado de Valladares (1989b), reformulado y complementado por Contreras (2001)

1.- Intervención en Crisis o de Primer Orden

Consiste en la intervención inmediata o a corto plazo de haber ocurrido el evento precipitante, la persona acude a recibir atención ya que ese día o pocos días antes le ocurrió alguna situación de violencia sexual, o bien acaban de conocer la situación (en el caso de padres o familiares). Se aborda a partir del evento precipitante, es de corta duración la intervención, se requiere en muchos casos de la presencia de familiares o amigos, y el contacto con instituciones necesarias (Ministerio Público, Médico, Trabajadora Social, Psicólogas especializadas, entre otras); se trabaja la situación específica, los eventos y las necesidades de apoyo, sin abarcar historia personal fuera del evento ocurrido. Se encamina a la toma de decisiones, red de apoyo y recuperación del control y competencia de la persona, se logra la expresión emocional tal y como la vive en ese momento para sentir alivio, se toman en cuenta 4 elementos principales (Suceso, Estado vulnerable, Acciones a emprender y Apoyo que se requiere).

El objetivo es colaborar para restablecer el ajuste de la persona y que recupere el nivel más óptimo de funcionamiento dentro de la situación, para prevenir mayor crisis y la presentación de conductas con resultados que afecten más a la persona, para que tome las medidas concretas hacia el enfrentamiento de la crisis. Con esto la persona no se siente sola, se reduce el riesgo de mortalidad y se produce un enlace con recursos externos a ella para las acciones concretas.

2.- Entrevista Inicial

En esta parte del proceso, se presenta el primer contacto que se tiene con la persona, el objetivo es reunir los datos más relevantes para la evaluación de los pasos a seguir. Se toman los datos demográficos, los datos del evento precipitante (ataque) y las acciones que hasta ese momento ha realizado, con la colaboración de familiares si los hay presentes. Es importante permitirle la expresión de sus emociones sin reprimirlas ni juzgarlas, así como tener paciencia si tiene confusión o no puede verbalmente expresarse claramente, se pedirá que describa en lo más posible lo que ocurrió aunque le resulte doloroso y vergonzoso, ya que la información

permite planear el apoyo y a la persona reconstruir el evento e ir teniendo claridad. Las preguntas deben ser cuidadosas para que no se sienta juzgada, criticada o culpabilizada. Se le explica de manera breve lo que implica un hecho como el que le ocurrió y los aspectos que se van a explorar, ofrecerle una expectativa de que es una crisis y se sentirá mejor poco a poco, así como explicarle las reacciones comunes que se presentan y que ella logrará recuperar el control de su vida.

Se comienzan a examinar las dimensiones del problema y las soluciones posibles a corto plazo. Deberá revisarse el estado emocional (consumo de calmantes, drogas, conducta verbal, pensamiento, memoria, entre otras), para poder emprender en ese momento alguna acción rápida como relajarla, sostén emocional de familiares, ente otras. La entrevista inicial podrá tomarse como la primer sesión pero también podrá abarcar una segunda sesión o tercera sesión (se anexa formato que se utilizó en la presente investigación y es el que se utiliza en el PIAV UNAM, diseñado por Contreras, G. N. en 1992), la duración de la sesión dependerá del caso, así como la frecuencia en la semana de las posteriores sesiones.

3a. - Área Legal

Dentro de la entrevista inicial, se pregunta si denunció legalmente o si lo desea hacer, generalmente no saben ni qué hacer ni cómo (si acaba de ocurrir), por lo que se les explica brevemente que lo implica levantar la denuncia, el proceso que se sigue, las características del delito y las posibles situaciones a las que se podría enfrentar. El objetivo es orientar o asesorar legalmente a la consultante. Es importante ser claro, imparcial y cuidadoso en los comentarios, es sólo la explicación real de los pros y los contras, en caso de que ya haya denunciado, se averigua en qué parte del proceso está y qué ha pasado desde la denuncia, ya que tal vez requerirá un reporte psicológico para el proceso. Se le orientará sobre lugares, personas y trámites que deberá seguir, si apenas la iniciará es muy probable que requiera compañía del terapeuta y/o de una trabajadora social.

3b. - Área Médica

El objetivo en esta parte de la entrevista inicial es orientar a la consultante sobre los aspectos de salud que deberán tomarse en cuenta ante una situación así y su vínculo con una denuncia legal; es importante explorar si fue atendida médicamente o no, (relacionado con la denuncia ya que son necesarias las evidencias para el proceso). Si no ha sido atendida y desea denunciar es mejor que primero lo haga un médico legista de la Procuraduría General de Justicia y después cualquier otro médico. Si no denunciará podrá ser revisada por algún médico (de preferencia mujer) que tenga a su alcance o que se le recomiende. Es imprescindible que la persona se realice análisis clínicos ya que se debe descartar infecciones, enfermedades de transmisión sexual, y/o embarazo, revisar lesiones, desgarres u otras alteraciones a nivel orgánico. Acompañarla si es necesario en el traslado a estos servicios.

3c. - Área Psicológica

El objetivo es explorar las dimensiones del problema en tanto a los efectos psicológicos más específicamente; se observa su conducta motora y verbal, se atiende su expresión y coherencia, así como las reacciones repentinas que presente. Se toma en cuenta lo anterior y el reporte de la persona de cómo se siente, qué piensa, qué hace o qué quiere hacer, se deberá tener cuidado en: a) Escuchar sin juzgar ni presionar de más para obtener información, b) Demostrar empatía para que la persona no sienta que es morbo, chisme o preguntas capciosas, c) Mostrar preocupación, amabilidad y paciencia al escuchar los detalles, d) Respetar sus sentimientos, emociones y cogniciones por absurdos que le parezcan al terapeuta, e) Asumir un rol neutral o imparcial, con la única intención de ayudar, a aliviar la situación emocional estresante por la que pasa la persona, f) No retar al paciente, tener paciencia si existen reacciones defensivas propiciados por el estado de crisis, g) Tener cuidado con el interrogatorio para que la persona no sienta que está siendo nuevamente atacado, incomprendido y cuestionado, lo que generará rechazo a la ayuda sea de quien sea posteriormente, ya que con algunas preguntas las víctimas pueden sentir que se les esta culpando o responsabilizando de todo lo ocurrido y h) Tomar acciones concretas para

ese momento y para posteriores. Evaluar en ese momento peligrosidad o tendencias suicidas, para enlazar una red de apoyo familiar y/o social, si es necesario se aplicarán algunas técnicas de relajación. Deberán tomarse notas ya que en algún momento podría requerir algún reporte psicológico por parte del terapeuta.

4.- Fase Educativa

Dependiendo del estado emocional de la consultante y la presencia o no de familiares, esta fase será breve o más extensa, así como en qué puntos se ahondará más, el objetivo de esta fase es orientar a la consultante a través de información real y actualizada de las características más relevantes de la violencia sexual: los contenidos que contempla esta fase una vez que se tienen los datos de los aspectos legales, médicos y psicológicos de lo ocurrido son:

- * Violencia sexual y sus manifestaciones
- * Causas y características
- * Consecuencias a nivel individual (síndrome postraumático y crisis), como las físicas, emocionales, cognitivas, conductuales y sociales, así como las familiares entre otras, a corto, mediano o largo plazo y las diferentes formas de manifestarse en cada persona.
- * Aspectos legales, médicos y sociales (que ya antes se han ido explicando).
- * Prevención y Autodefensa

Es importante enfatizar en aquellos aspectos que se consideran que dan alivio a la consultante y su familia (más que en los que los debiliten o angustien más), ya que lo que se pretende es que recuperen con esta información en la medida de lo posible el control de su vida y tomen decisiones más claras.

5.- Toma de Decisiones

Este es el momento en el que una vez que se tomaron los datos y se dio la fase educativa, se pueda evaluar el mismo día o para los siguientes lo que se hará y poder confortar a la persona ante cada decisión que tomará. En

muchas ocasiones esa primera intervención no es suficiente para tener claridad de lo que quiere, por lo que se le asignarán pequeñas tareas y/o ejercicios de relajación que le ayuden a este paso tan importante para su recuperación. Esta toma de decisiones podrá realizarse en la primer entrevista o en las siguientes, pero es importante que la persona vaya sintiendo alivio y apoyo durante esta primer parte del proceso de intervención.

6a. - Acciones Legales

Si la persona no desea denunciar, no se deberá presionar para que lo haga, a través de la explicación y la fase educativa se podrá evaluar si es o no conveniente, pero la decisión final será de la consultante y/o su familia. Ahora bien, si desea denunciar legalmente, es importante que conozca el proceso y los pasos a seguir, así como los lugares a donde deberá asistir, si es posible acompañada de la terapeuta y/o de una trabajadora social, de ser necesario deberá tener apoyo psicológico para que se aclare, se tranquilice y tenga fortaleza y paciencia para lo que sigue.

Como primer punto se deberá llevar las mayores evidencias de lo ocurrido, ropa, objetos, etc. Deberá acudir al Centro de Justicia o Agencia Especializada que corresponda al lugar donde ocurrieron los hechos, de preferencia acompañada. En la primer etapa levantará la denuncia ante el Ministerio Público, después pasará con el Médico Legista a la revisión y por último con Policía Judicial para las precisiones del caso. El proceso legal que se sigue en términos generales es:

1) **Averiguación previa:** Es la investigación necesaria para demostrar la comisión de una conducta delictiva. Inicia desde el momento en que la Procuraduría General de Justicia por medio del Ministerio Público o Policía Judicial tiene conocimiento del hecho delictuoso. Cuando esto sucede se inicia la investigación, es decir se va integrando la averiguación previa con la denuncia de hecho (declaración), con el informe de policía judicial y con el dictamen médico legista (a la víctima). Cuando una persona denuncia se le toman sus generales (nombre, dirección, edad y lugar de procedencia), la descripción detallada de lo ocurrido (lugar, hora, fecha, datos del agresor si lo conoce o no, datos para localizarlo), relación con el agresor, qué sucedió

exactamente durante el ataque y qué hizo después de este. Se practica examen ginecológico o proctológico y se prosigue a dar informes a la policía judicial; es necesario que al levantar la denuncia se lleve una identificación con fotografía, así como en las demás fases del proceso, en caso de menores de edad además de la identificación, se deberá presentar con sus padres o representantes legales. Es importante tomar el número de averiguación previa y leer muy bien la denuncia antes de firmarla. Si hay correcciones deberán hacerse en el momento. Aquí también es importante tener claridad y congruencia con lo que se relata, estar con la mayor calma posible, ya que cualquier contradicción puede ser usada para debilitar la denuncia, para lo cual en la consulta se pueden hacer ejercicios de relajación, que la consultante escriba la declaración primero por si tiene dudas o confusiones, hacer ensayo conductual y juego de roles para estar más tranquila y preparada ante esta situación que la viven muchas como una segunda violación a su integridad.

Para la detención del presunto responsable, la policía judicial toma los datos más relevantes y van en busca de éste, en muchas ocasiones no lo encuentran nunca, en otras si es identificado plenamente por la víctima, se detiene, se revisan los elementos del delito y se consigna (antes de 72 horas de haber sido detenido). En otras ocasiones se le pide a la víctima que acuda a identificar a personas detenidas para saber si entre ellas se encuentra el agresor. Si se encontrara entonces se pasa a la siguiente fase, una vez consignado es trasladado a un reclusorio y ahí se continuará el proceso.

2) Instrucción: Esta fase se lleva a cabo a partir de que se ha detenido al agresor y se encuentra con acto de formal prisión en algún reclusorio o Centro de Readaptación Social; se inicia cuando el Agente el Ministerio Público concluye la averiguación previa, señalando que sí hay acción penal que perseguir (presunto responsable y cuerpo del delito). Si el agresor no se declara culpable una vez que le tomaron su declaración, en esta parte del proceso como su nombre lo indica hay que instruir o alimentar el caso, ofreciendo las pruebas que permitan demostrar la culpabilidad del (los) presunto (s) responsable (s) y la comisión del delito. Durante la Instrucción las partes (ofendida y ofensor) alimentan el proceso, ofreciendo las pruebas necesarias como audiencias (interrogatorios para ampliar las declaraciones), careos (sostener lo dicho delante del acusado), testimonios (testigos) y documentales (reportes de médicos y/o psicológicos o de peritos en la

materia), donde el juez determina las fechas en que se presentarán dichas audiencias. Desahogadas las pruebas promovidas por las partes y practicadas las diligencias ordenadas por el órgano jurisdiccional, cuando éste considere que ya se llevaron a cabo todas las audiencias necesarias, el Juez declara cerrada la Instrucción y se inicia la fase tres.

Aquí es importante mencionar que en cada audiencia la persona deberá ir acompañada de familiares y/o terapeuta y/o trabajadora social, ya que son momentos de tensión y malestar, el defensor del acusado le hará preguntas y preguntas para comprobar que lo dicho por la víctima no es cierto, buscará contradicciones y llevará pruebas a favor del acusado. La consultante no necesita abogado, el Ministerio Público la representa y deberá estar al pendiente de las preguntas y cualquier cosa que salga de lo establecido (amenazas, chantajes, presiones, sobornos, cohecho, etc.), que la víctima deberá informar oportunamente. Se deberá ayudar a la consultante a relajarse y estar lista para cada audiencia, se pueden hacer en la sesión de consulta juego de roles, ensayo conductual y modelado ante las posibles situaciones que se presentarían, logrando con esto que ella este preparada para afrontar cualquier situación que le provoque angustia, temor, malestar o enojo. Ella puede faltar a alguna audiencia, por estado emocional, situaciones cotidianas o para alargar el proceso, pero deberá presentarse justificante de dicha falta o se tomará en cuenta por el Juez como falta de cooperación.

3) Juicio: Es el periodo del procedimiento penal en el cual el Ministerio Público precisa su acusación, el acusado su defensa, los tribunales valoran las pruebas y posteriormente el juez pronuncia la sentencia. La vía para precisar la acusación y defensa es a través de las conclusiones que las dos partes (acusación y defensa) tienen que emitir, una vez aceptadas las conclusiones de las partes como definitivas, el acto procesal subsiguiente es la celebración de la audiencia final de Primera Instancia, una vez practicada la audiencia, se declara "visto" el proceso y entonces se dictará la sentencia dentro de los límites de tiempo legales.

Durante este periodo, la consultante no tiene que acudir al reclusorio, solo estar al pendiente de las audiencias y fechas, aquí deberá estar preparada por si lo declaran en libertad (definitiva o bajo fianza), ya que en muchos casos antes de llegar a juicio quedan libres y no se sabe ni por qué, o al final se declara que no hay pruebas suficientes o bien que la pena será mínima y saldrá en poco tiempo.

La preparación psicológica para la consultante, es saber que hizo lo mejor que pudo, que no la buscará para vengarse y que el tiempo que haya pasado preso, con los tratos que haya recibido, los gastos que involucró para él y su familia sacarlo y la información social de lo que presuntamente hizo, son un aliciente de que no fue en vano todo el proceso que se llevo a cabo.

4) **Evaluación de la Sentencia:** Comprende desde el momento en que ésta (la sentencia) causa ejecutoria hasta la extinción de la sanción aplicada. Una vez dictada la sentencia puede existir la apelación (no estar de acuerdo) y el caso entra nuevamente en revisión (Segunda Instancia), ya sea para aumentar la pena o para disminuirla, dependiendo de la parte que apela.

6b. - Acciones Médicas

Las acciones médicas son todas aquellas actividades que se realicen en búsqueda del bienestar físico de la consultante a corto, mediano y largo plazo; si levanta una denuncia legal deberá hacer primero esto, ya que el médico legista explorará las consecuencias físicas y tomará muestras de evidencias o como pruebas (para emitir un peritaje), pero no interviene en el alivio de ninguna de las consecuencias que presente. Posteriormente o si no denuncia, la consultante deberá acudir al médico (de preferencia mujer) para que revise y atienda aquellas lesiones en la zona genital, zona paragenital y zona extragenital en tanto a desgarres y heridas, también respecto a infecciones, enfermedades de transmisión sexual, embarazo, aborto, entre otras. Por lo que deberá también practicarse exámenes de laboratorio para que se fundamente la intervención médica.

Deberá hacerse acompañar de alguien para sentir apoyo, analizar fecha de menstruación y tiempo transcurrido desde el ataque para que los resultados de los exámenes clínicos sean válidos, es importante relajar a la consultante ante estas revisiones y prepararla psicológicamente para los posibles resultados. En términos legales el aborto no es punible si el embarazo es producto de violación, por lo que deberá denunciar legalmente primero. Seguirá algunos trámites donde se le realizará un examen médico y el Ministerio Público tramitará ante una institución de salud para que se le practique el aborto, si así lo desea la consultante. Hoy en día también se hace uso de la píldora del día siguiente para prevenir embarazo.

6c. - Acciones Psicológicas

Hemos descrito hasta aquí que el objetivo de la intervención en crisis es apoyar a que la persona restablezca un funcionamiento más óptimo para tomar el control de su vida y continuar con sus actividades cotidianas lo más pronto posible, si se ha tomado la ruta de la denuncia legal, se han descrito en cada paso las acciones psicológicas que se pueden ir realizando, en caso de que la persona no denuncie y acuda a una atención médica, después de la fase Educativa se trabajará directamente con las consecuencias psicológicas inmediatas al ataque.

En los resultados de la investigación presente y la experiencia en estos casos, encontramos que las consecuencias inmediatas son: Tensión física, cansancio, dolores intensos en diferentes partes del cuerpo; sentimientos de odio, enojo, tristeza, desconfianza, baja autoestima, vergüenza, preocupación por la opinión de los demás, miedo, ansiedad e inseguridad. Y como estamos hablando de la primer ayuda psicológica (intervención en crisis), es importante dirigirnos a aquellas conductas que es importante incrementar o decrementar lo antes posible para prevenir mayor crisis o situaciones de riesgo como el suicidio. Por lo tanto se comienza con la evaluación de diferentes niveles que nos guíen sobre la intervención que más necesita en esos momentos.

7.- Fase de Evaluación

La evaluación en la intervención en crisis será corta y se va aplicando en función de los pasos anteriores, el reporte de cómo esta, qué desea hacer, con quién cuenta, etc. así como de la fase educativa y las acciones que se hayan decidido tomar, se revisarán las conductas, verbales, cognitivas y motoras, así como las fisiológicas que en ese momento están requiriendo ser atendidas para mayor bienestar. Se deberá explorar por tanto el área Cognitiva (ideas, pensamientos, fantasías, creencias), Afectiva (sentimientos y emociones hacia sí misma y hacia los demás), Somática (reacciones fisiológicas que están alterando su bienestar, sudoración, temblor, aceleración del ritmo cardiaco, tensión muscular), Social (amistades,

compañeros, novio), Conductual (verbalizaciones, movimientos y comportamientos fuera de lo común, excesos y déficit), Familiar (apoyo de padres, hermanos, cónyuge, informarles de lo ocurrido), Laboral (necesidad de faltar, de permisos o pérdida de éste), Escolar (necesidad de faltar, negación de asistir, baja académica), Pareja (informarle lo ocurrido, apoyo, rechazo), Otras (situaciones relevantes que impiden que se sienta mejor como necesidades económicas, negación del hecho, estado emocional alterado).

Lo anterior se obtiene a partir de sus metas inmediatas, el reporte verbal y la aplicación de pequeños inventarios para clarificar estas áreas y dirigir la intervención psicológica inmediata (formato que se anexa).

8. - Fase de Intervención

La intervención en este aspecto será de corta duración y dirigido principalmente hacia aquellas conductas más problemáticas en ese momento, que no le permitan tomar decisiones claras o que la pongan en una situación de mayor riesgo, por lo que se sugiere además de las acciones antes descritas lo siguiente:

- a) Establecer una red de apoyo familiar o con amistades mientras esta en la situación de crisis para que la acompañen.
- b) Realizar enlaces con las instituciones de ayuda para hacer un seguimiento de las acciones que se hayan emprendido o se realizarán y mantener informada a la consultante.
- c) Realizar ejercicios de relajación muscular y control de la respiración en consulta para que la persona las practique en su hogar por lo menos una vez al día, podrá ser relajación rápida o profunda según sea el caso.
- d) Realizar, practicar y aplicar juego de roles, detención de pensamiento, autodiálogo dirigido, ensayo conductual y/o modelado, ante las situaciones a las que se enfrentará a corto plazo (proceso legal, información a la familia de lo ocurrido, revisión médica, entre otras) para que se le retroalimente y logre estar más tranquila, con estas técnicas se pretende además que logre mantenerse en calma lo más posible hasta las siguientes sesiones de apoyo terapéutico.

e) Establecer las metas a corto plazo de las sesiones posteriores de intervención, asignándole tareas como escribir, dibujar, grabar o revisar cognitivamente lo que le va ocurriendo en los días subsecuentes, así como ponerse en contacto personal o telefónico con alguien que le brinde tranquilidad y apoyo en momentos de ansiedad, tensión, irritabilidad o depresión.

f) Hacer una revisión en las sesiones posteriores de cómo se ha sentido, qué ha hecho y en qué ha mejorado a partir de la primer sesión de entrevista o del día del ataque, para ir aplicando técnicas conductuales que le ayuden a restablecerse del estado de crisis.

g) Informar a través de una sesión breve, medidas preventivas, de defensa y autoprotección para que comience a realizar acciones que le ayuden a sentir que puede tener la confianza de tomar nuevamente su vida cotidiana, estando más alerta pero sin angustia o temor extremo.

9. - Postevaluación

La intervención en crisis lleva de una a tres sesiones, por lo que la postevaluación consiste en examinar que la persona esta más estable emocionalmente a partir del reporte verbal y de la aplicación de pequeños inventarios, a partir de esta revisión, se comienza a trabajar la terapia de crisis para aquellos aspectos que están alterando su vida (ya que en la primera entrevista si le acababa de ocurrir se desconocen las consecuencias que le generará el ataque en días posteriores, solo se pronostican por lo reportado en la literatura y la experiencia de los centros de ayuda, pero cada persona es diferente), pero que no son tan apremiantes como el estado de crisis inicial, así mismo se descarta la peligrosidad o riesgo de suicidio y se revisa que la red de apoyo y el enlace con las instituciones este siendo suficiente para que continúe con su vida.

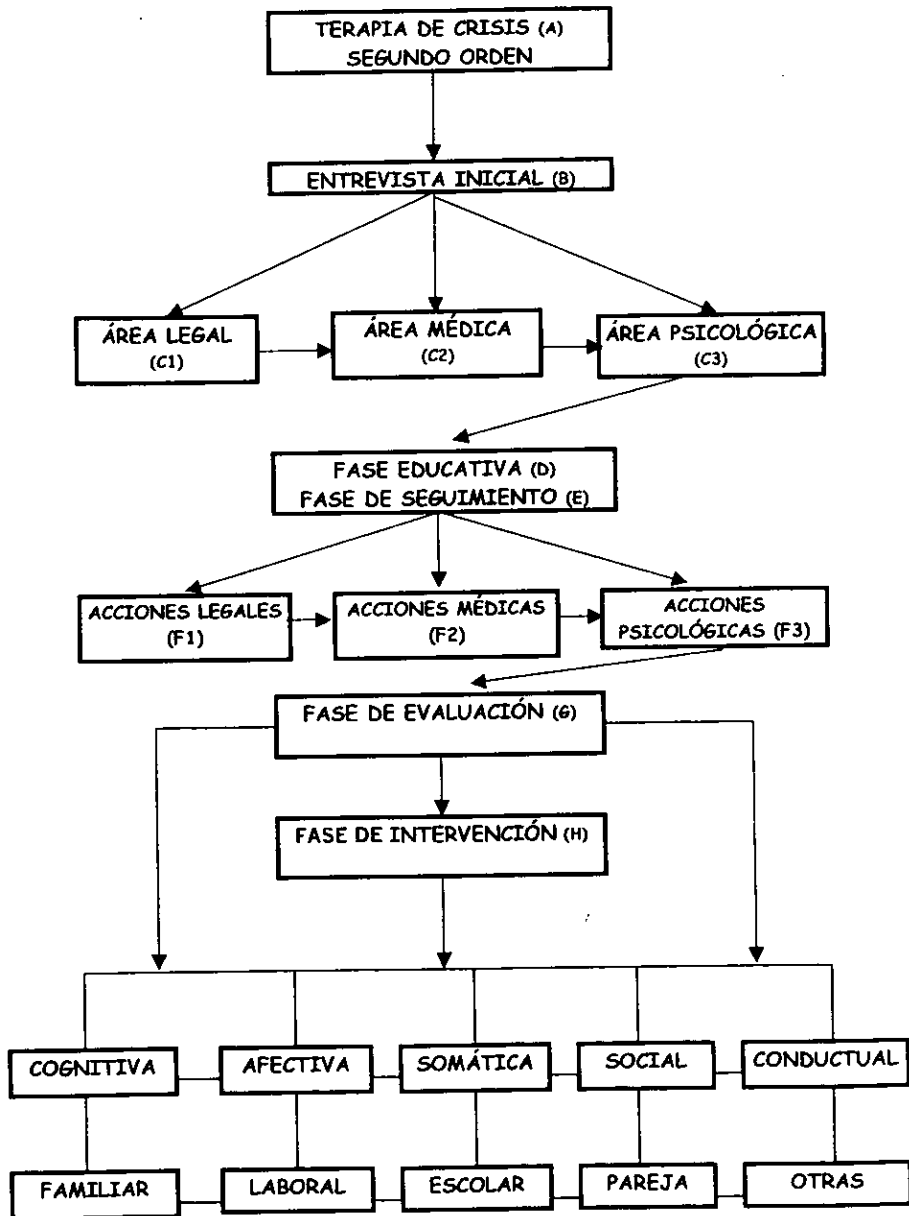
Muchas personas que acuden a recibir apoyo psicológico a consecuencia de una situación de violencia sexual dejan el tratamiento para la segunda o tercera sesión (una vez que sienten alivio, cuando dejan de llevarlas, por situaciones económicas, cuando deciden no denunciar, ante la presión de

familiares o bien por negarse a recibir ayuda), por lo que es importante que en esta forma de intervención se le brinde el mayor apoyo posible, la información suficiente y las posibilidades de que a mediano o largo plazo puede regresar a recibir terapia u orientación.

10.- Seguimiento

El seguimiento en la intervención en crisis se realiza a través de la continuación de la intervención psicológica (terapia de crisis) o bien por vía telefónica o personal, para conocer si la persona se encuentra bien y si requiere algún tipo de apoyo.

7.2.3. Terapia individual. Ruta de atención en Terapia de Crisis.



(I) Postevaluación y (J) Seguimiento

* Esquema Tomado de Valladares (1989b), reformulado y complementado por Contreras (2001)

A.- Terapia de Crisis o de Segundo Orden

La Terapia de Crisis, es aquella intervención de segundo orden que se aplica cuando la situación no acaba de ocurrir ese día o en algunos anteriores a la fecha de la consulta, sino que han pasado semanas o incluso uno o dos meses y la persona acude a recibir apoyo o bien es la continuación de la intervención en crisis. La diferencia con la primera es que la situación crítica más aguda ya pasó, en el síndrome postraumático implica que la primer fase de desorganización se ha superado y ahora comienza a presentar las consecuencias en diferentes áreas de su vida que le impiden seguir con su vida cotidiana.

En ese momento, la persona aún se encuentra en estados alterados, su vida se ha visto afectada por el ataque o violencia sexual y requiere apoyo para restablecer o resolver la crisis en su totalidad, no ha podido integrarlo a su estructura de vida y por tanto no se le ha facilitado la disposición para enfrentar situaciones presentes y futuras. De ahí que sea necesaria la intervención terapéutica de segundo orden.

Es frecuente encontrar personas que acudan a recibir este tipo de ayuda, pues en un primer momento no recibieron apoyo debido a que suspendieron la primer ayuda recibida, no lo informaron a nadie, no sabían a dónde acudir, por miedo, falta de información y estado emocional, como lo encontramos en los resultados de la presente investigación. Puede tener una duración de 10 a 20 sesiones aproximadamente, la duración de la sesión es de una hora por semana o más dependiendo del caso.

B.- Entrevista Inicial

La entrevista inicial en la terapia de crisis es igual que en la de Intervención en Crisis (apartado 2), solo que aquí es posible realizar una entrevista más detallada, tranquila y sin la premura de la crisis (aunque la persona aún se encuentre muy afectada). Se toman los datos demográficos, los detalles de lo ocurrido y se examinan las dimensiones del problema, se revisan las consecuencias en varias áreas y las acciones realizadas previas a

la consulta, así como los resultados obtenidos, si es la continuación de la intervención en crisis, los datos se tienen ya, pero ahora es importante ampliarlos y revisar los avances de esa primera intervención; podrá analizarse aquí los comportamientos anteriores al ataque, los posteriores, las metas terapéuticas y demás información que se revisará en el apartado de evaluación. Se da apoyo solidario, empático y profesional. Se toman las mismas consideraciones que en la intervención en crisis en cuanto al trato y cuidados que se deberán tener durante la entrevista inicial.

C1.- Área Legal

En este aspecto, al igual que en la intervención en crisis (apartado 3a) se examina la situación legal, si hubo o no denuncia, si lo hará, en qué parte del proceso está y se toman las mismas consideraciones de apoyo, de asesoría y la posibilidad aún de levantarla, tomando en cuenta el tiempo, evidencias o situación familiar y personal de la consultante. En ocasiones consideran que ya no tiene caso, pero a través de la orientación se verificará si es posible con sus ventajas y sus desventajas.

C2.- Área Médica

Aún cuando ha pasado algún tiempo, es importante conocer si la consultante ha sido atendida médicamente, si se realizó exámenes de laboratorio y si ha recibido tratamiento, pues el tiempo que lleva una enfermedad en encubarse y manifestarse podría ser de 2 a 4 semanas, por lo que se deberá indagar este aspecto también. De ser así, se deberán realizar las recomendaciones del apartado 3b de la intervención en crisis o bien si fue atendida en un primer inicio realizar seguimiento de las acciones tomadas en este aspecto.

C3.- Área Psicológica

En esta área, es recomendable examinar aspectos relevantes sobre la situación actual de la persona, ya que la frecuencia y grado de presentación de las consecuencias que deja una situación así, depende de tres factores principales y son los siguientes:

La historia personal antes del ataque: Estas características son el sexo, edad, estado civil, historia educativa, moralidad, contexto socio-económico y cultural, carácter, fortaleza propia, conocimientos sobre la violencia sexual y sus consecuencias, funcionamiento sexual y emocional, salud, impresionabilidad, actitudes ante eventos de violencia, habilidades de afrontamiento y antecedentes de otros ataques.

Tipo de ataque: Esto se refiere a la violencia ejercida, tiempo de exposición a la agresión, resistencia ofrecida, lesiones provocadas, uso de armas, número de agresores, características del agresor (conocido o desconocido), violación vaginal, anal u oral; lugar y grado de amenaza de daño o muerte.

Después del ataque: Consecuencias de embarazo, aborto, lesiones o infecciones producidas por el ataque; apoyo recibido de familiares, autoridades (si hubo denuncia o no), pareja, amigos, profesionales, detención del agresor o no y actitud de la sociedad en general (culpabilización, crítica o reproches), es decir el apoyo legal, médico, psicológico, familiar y social que haya recibido inmediatamente después del hecho.

Por lo anterior, en la entrevista inicial se indagarán estos aspectos psicológicos para la terapia de crisis, ya que estos elementos conforman las pautas a seguir en la intervención.

D.- Fase Educativa

La fase educativa es la misma que en el apartado 4 de la intervención en crisis y se toman los mismos temas y consideraciones, solo que aquí los aspectos en los que se podrá ahondar más son aquellos referentes a que la violencia sexual esta más relacionada con la expresión del poder que con la

sexualidad, ver el ataque como un evento inesperado y altamente estresante, que trae consigo consecuencias en varias áreas a corto, mediano y largo plazo: explicación del análisis funcional de la presentación de esas consecuencias como los miedos, inseguridad, ansiedad, la culpa, el enojo, entre otras, así como las habilidades de afrontamiento que deberá desarrollar para el futuro y para enfrentar las situaciones problemáticas que se le presentarán a corto o mediano plazo. En esta fase educativa se puede implementar una información básica de medidas preventivas y de defensa para recuperar el control y su seguridad en la medida de lo posible.

E. - Fase de Seguimiento

Esta fase contempla el seguimiento del área legal, médica y psicológica, en tanto a las decisiones que se hayan tomado desde la intervención en crisis o bien las que haya realizado la consultante antes o al inicio de la terapia de crisis, consiste en revisar y explorar los eventos que han ido ocurriendo a lo largo del tiempo y el seguimiento que deberán tener, así como emprender cambios si fuera necesario. Se retoman en las sesiones posteriores también, no solo en una sesión sino en el continuo de la intervención.

F1. - Acciones Legales

Al igual que en el apartado 6a de la intervención en crisis, se deberán tomar acciones legales o continuar con las que se han realizado, se toman en cuenta las mismas consideraciones y el apoyo que requiere la consultante.

F2. - Acciones Médicas

Las acciones médicas que se tomen en este momento dependerá de lo que ya se haya realizado o de los síntomas que presente la consultante, se tomarán las mismas consideraciones anotadas en el apartado 6b de la intervención en crisis, con o sin denuncia legal.

F3.- Acciones Psicológicas

En este aspecto de la Terapia de Crisis, se deberán abordar aquellas consecuencias psicológicas provocadas por el ataque, dentro de esta parte, se observa y se registran las conductas verbales y motoras, así como las manifestaciones corporales de respuestas fisiológicas que den cuenta del estado emocional de la consultante (desde la interpretación del terapeuta), con el objetivo de guiar la intervención hacia aquellas habilidades de afrontamiento que son más urgentes de atender para restablecer el bienestar de ella. Por lo que a partir de aquí, junto con las áreas legal y médica, se examinarán las dimensiones psicológicas y se programará junto con la consultante la intervención a partir de sus metas terapéuticas, su motivación al tratamiento, los intentos anteriores y sus resultados, así como el costo que le ha implicado la situación en varios niveles.

6.- Fase de Evaluación

La evaluación psicológica de las consecuencias postraumáticas de un ataque sexual, se evaluarán en varias áreas, como se mencionó en el apartado 7 de la intervención en crisis, se aplicará el formato que se anexa (el que se utiliza en PIAV y fue utilizado en la investigación presente), así como algunos autorreportes, autoregistros, inventarios y escalas según se presenten las consecuencias y sean en aquellos donde es necesario revisar más a fondo o más específicamente, además de que dependerá de los datos que se necesiten para las técnicas conductuales o cognitivas que se vayan a emplear. En esta parte de la terapia de crisis se puede ir con más detenimiento para revisar cómo era su comportamiento previo al ataque, cómo se presenta ahora y cuáles son aquellas situaciones físicas, conductuales, sociales y familiares que más están afectando en esos momentos y desea modificar.

Una vez que se han revisado tanto las áreas como las acciones legales y médicas, ahora es importante retomar: a) El suceso(s) precipitante (s), es decir el ataque sexual, b) El problema presente, que implica evaluar el área Cognitiva, Afectiva, Somática, Social, Conductual, Familiar, Laboral, Escolar, de Pareja y Otras y c) El contexto de la crisis (lo que ha ido ocurriendo al paso del tiempo desde el ataque sexual), para diseñar el programa de intervención.

Todo lo anterior implica revisar los sentimientos displacenteros, ideas erróneas, conductas desadaptadas y peligrosas, niveles de ansiedad, habilidades de afrontamiento y estilo de solución de problemas, relaciones sociales y la capacidad de hacer uso de ellas como contención emocional, su nivel de funcionamiento conductual presente, historia en situaciones críticas y forma de enfrentarlas y cómo ha cambiado su vida a partir del ataque, entre otras.

Como podemos observar en la investigación presente, la tensión física, la ansiedad, el cansancio, los sentimientos de odio, enojo, tristeza, inseguridad, desconfianza ante los hombres, baja autoestima, frustración, aislamiento, miedos, vergüenza y preocupación por la opinión de los demás, son las consecuencias que se presentaron con mayor frecuencia.

H. - Fase de Intervención

A continuación se presentarán algunos ejemplos de procedimientos para la intervención psicológica, que se describieron en el capítulo 4, diseñado por varios autores y que son aplicables a las consecuencias postraumáticas. Esto implica que es una guía de intervención, pero el terapeuta puede implementar todas aquellas técnicas que tenga al alcance para poder colaborar en la recuperación de la consultante y su familia, y algunas de estas se mencionarán al final de este apartado.

A continuación se presentan algunos puntos importantes a tomar en cuenta en la intervención psicológica de la terapia de crisis, además de la fase educativa que ya se haya aplicado antes, sobre todo en el aspecto cognitivo:

1.- Deberá explicársele a la consultante que el pensamiento es una conducta aprendida, las personas adquieren sus creencias, valores y actitudes a partir del comportamiento de los padres, maestros, compañeros y la sociedad en la que se viva, de tal modo que aprendemos a pensar y a comportarnos de determinada manera ante ciertas situaciones y a seguir ciertas pautas de comportamiento social.

2.- La forma de pensar acerca de las personas o las cosas influye en nuestro comportamiento y sentimientos hacia éstas, de tal manera que existe una relación entre a) Una situación, b) lo que pensamos acerca de la situación (el significado que le damos) y c) el sentimiento de ese pensamiento que va a afectar la manera de comportarse ante esa situación.

3.- Que conozca que existe una estrecha relación entre los pensamientos, las emociones y el comportamiento, en la medida que nuestros pensamientos, ideas o creencias no sean adecuados, debido a las evaluaciones erróneas que hacemos, nuestros sentimientos y conductas nos causarán problemas.

4.- Ayudar a la consultante para que se de cuenta de sus procesos de pensamiento y aumentar la probabilidad de que en el futuro revise el diálogo interno y lo modifique.

5.- Proporcionar información para que la consultante tenga conocimiento personal de sus procesos cognitivos y la capacidad de controlarlos.

6.- Ofrecer adiestramiento en las reacciones posibles ante los contratiempos que enfrentará, esto implicará la aplicación en consulta o en vivo de habilidades de afrontamiento para aquellas situaciones problemáticas que aún están por venir o las que no ha podido enfrentar como consecuencia del ataque (salir sola, hablar con hombres, regresar al trabajo, viajar en transporte público, entre otras).

7.- Ayudar a la consultante a descubrir a través de la experiencia práctica que las estructuras cognitivas provocadas por el ataque, ahora son cuestionables y no están tan justificadas, y que la adopción de estructuras nuevas y más adaptativas es gratificante.

8.- Ayudar a las consultantes a darse cuenta de la naturaleza temporal de su situación y el afrontamiento que hace ante ésto, de cómo sus reacciones pueden contribuir a aumentar o mantener el problema.

9.- Se debe tener presente que no todos los individuos necesitan o quieren intervenciones formales, por lo que es necesario que expresen sus situaciones a su propio ritmo. Es necesario que la consultante pueda expresar y reexperimentar sus sentimientos con paciencia y en confianza.

- 10.- El simple hecho de reexperimentar los hechos traumáticos es en sí mismo terapéutico, pero es necesario utilizar las nuevas experiencias de las consultantes como un medio para lograr una interpretación más adaptativa de lo que les sucedió y ayudarles a conseguir de nuevo la sensación de que son eficaces reforzando su autoestima.
- 11.- Es importante hacer uso de varios instrumentos verbales y no verbales para el apoyo terapéutico, como dibujos, juego de roles, marionetas, metáforas, entre otras, ya que es importante obtener la información sin que la persona se sienta amenazada.
- 12.- Es necesario establecer una relación terapéutica segura, donde la persona pueda sentirse con la confianza de no ser juzgada, criticada o cuestionada por sus ideas o creencias, así como una postura abierta al cambio o a la resistencia.
- 13.- Es indispensable en la terapia de crisis ayudar a las personas a recuperar sus creencias destruidas (que le eran positivas y motivantes).
- 14.- Es necesario informar de la vulnerabilidad que crea la experiencia de algo traumático, de tal manera que sus sentimientos, emociones, conductas y pensamientos se puedan interpretar más como una forma de buscar significado, de intentar seleccionar los hechos dolorosos, que como síntomas de una conducta inadaptada.
- 15.- Es importante dentro de la terapia de crisis, ayudar a redefinir o resignificar las experiencias, sus reacciones, así como su misma condición, de modo que las visiones que tienen de sí mismas y del mundo no resulten demasiado discordantes.
- 16.- Debe hacerse un análisis preciso de cuándo sus procesos de pensar y comportarse son adaptativos o inadaptativos, ya que hay situaciones que provocan depresión, tristeza, soledad o ira, pero que son temporales y "lógicos" ante una situación dada.
- 17.- Debe incluirse un apartado en el proceso de ayuda de información normativa, para que las personas conozcan las reacciones que se tienen ante tales o cuales eventos y ellos puedan obtener un marco de referencia necesario para comprender y asumir mejor su situación conflictiva y sus reacciones, que se contempla en la fase educativa.

18.- El terapeuta tiene que ser muy sensible a las reacciones de la consultante a cada técnica terapéutica y estar dispuesto a retroceder en la terapia para seguir a la persona.

19.- El terapeuta puede utilizar una serie de técnicas cognitivo-conductuales, para ayudar a las personas a reinterpretar su situación.

20.- Ayudar a las consultantes a reconocer que las cogniciones funcionan como mediadores de la activación emocional, identificar la irracionalidad de ciertas creencias y que entiendan que las cogniciones poco realistas funcionan como mediadores de sus propias emociones desadaptativas por lo que es necesario cambiar sus cogniciones poco realistas.

En la terapia de crisis se han descrito cuatro tareas básicas de la intervención:

- 1).- Supervivencia física en las consecuencias de la crisis.
- 2).- Expresión de sentimientos relacionados con la crisis.
- 3).- Dominio cognitivo de la experiencia completa.
- 4).- Adaptaciones conductuales e interpersonales requeridas para la vida futura.

Por lo anterior, describiremos algunos procedimientos de acuerdo a la presentación de algunas consecuencias cognitivas como miedos, inseguridad, ideas irracionales respecto a si mismas, baja autoestima, vergüenza y temor a la crítica:

Los pasos a seguir son los de la Terapia Racional Emotiva (TRE), en la cual se encuentran las siguientes fases:

A.- Descripción de las experiencias o acontecimientos antecedentes de la situación presente.

B.- Creencias sobre sus experiencias activantes.

- a.- Creencias racionales (lo que quiere o desea)
- b.- Creencias irracionales (sus demandas o exigencias)

C.- Consecuencias de sus creencias sobre las experiencias activantes

- a.- Consecuencias emocionales deseables (de las ideas racionales)
- b.- Consecuencias conductuales deseables (de las ideas racionales)
- c.- Consecuencias emocionales indeseables (de las ideas irracionales)
- d.- Consecuencias conductuales indeseables (de las ideas irracionales)

D.- Discutir o debatir las creencias irracionales: Esto se realiza en las sesiones terapéuticas y se dejan tareas que deberán traer la siguiente sesión, lo que implica proponer alternativas de pensamientos racionales, que conducirán a un comportamiento o sentimientos más positivos.

E.- Efectos de Debatir o discutir las ideas irracionales: Se analizan los efectos y en qué momento es necesario regresar a determinadas ideas o creencia irracionales para poder reconceptualizarlas.

Ahora presentaremos el procedimiento general de Inoculación de Estrés, para trabajar principalmente con ansiedad, miedos, inhabilidades sociales, ideas erróneas y pensamientos autodestructivos y de aislamiento:

I.- Fase Educativa (Información normativa): En esta fase se establece la relación terapéutica en la cual se dan lineamientos generales y el compromiso terapéutico, así mismo se proporciona la información más relevante del entrenamiento, sus efectos y actividades del consultante.

II.- Fase de Evaluación o Conceptualización: A través de entrevistas, autorregistros, observación directa, evaluaciones conductuales (escalas, inventarios, cuestionarios) se lleva a cabo la recolección de la información necesaria sobre sus pensamientos, sentimientos y conductas, así como se realiza el entrenamiento en registros y se llenan los instrumentos conductuales necesarios para conformar la intervención y delimitar las pautas a seguir.

III.- Fase de Reconceptualización: Una vez que se ha realizado la evaluación, se prosigue a reconceptualizar el problema de la consultante, exponiendo cuáles son los pasos a seguir a partir de la evaluación, cómo se ha conformado el problema y cuáles son los elementos más importantes a trabajar.

IV.- Fase de Intervención-Adquisición y aplicación de habilidades de afrontamiento: En esta fase, se lleva a cabo el entrenamiento de habilidades necesarias para la consultante en función de la evaluación y reestructuración del problema, se aplican en el consultorio y se deberán llevar a cabo en la vida cotidiana o situaciones problemáticas, para el desarrollo de estas habilidades de afrontamiento, se utilizan varias técnicas dependiendo del caso, entre ellas se encuentran:

- A.- Relajación muscular
- B.- Control de la respiración
- C.- Juego de Roles
- D.- Modelado encubierto
- E.- Detención de Pensamiento
- F.- Autodialogo dirigido
- G.- Solución de Problemas
- H.- Ensayo conductual

V.- Fase de Aplicación y Consolidación: Una vez que se han llevado a cabo estas técnicas, se procede a la aplicación en la vida cotidiana ya sin el entrenamiento, la consolidación se realiza cuando la persona piensa, siente o se comporta de la manera esperada para ella, así como se regresa a fases anteriores o entrenamiento más específico si no se han logrado los resultados esperados.

- A.- Se retoman pasos de la fase IV
- B.- Se aplica en vivo
- C.- Se analizan consecuencias, recaídas e imprevistos

VI. - Fase de Terminación y Seguimiento: En esta fase, una vez revisado el punto anterior, se prosigue a separar las sesiones terapéuticas, de manera que la persona pueda evaluar si estas habilidades adquiridas las puede aplicar sin ayuda del terapeuta y ha resuelto exitosamente su situación problemática, se generaliza a otras situaciones y se evalúa la conveniencia o no de posteriores sesiones de seguimiento.

Ahora bien, una de las principales demandas de las consultantes y de la urgencia ante la situación de violencia sexual, es su incapacidad de tomar decisiones por el estado de vulnerabilidad, lo que se pretende es que retome el control de su vida, por lo que el entrenamiento en este aspecto es muy necesario, a continuación se presenta un ejemplo del procedimiento en Toma de Decisiones y Solución de Problemas:

A.- Orientación General: En esta parte, se explica a la consultante los aspectos básicos que se toman en cuenta para la solución de problemas, los mecanismos cognitivos que operan y las alternativas de cambio que se pueden esperar, se establece la relación terapéutica y el encuadre del procedimiento.

B.- Reconocimiento del Problema: Esto consiste en la expresión y descripción de la consultante sobre lo que le genera problema, la evolución que ha tenido y sus efectos sobre sus emociones, sentimientos, conductas y la relación con otros.

C.- Definición y Formulación del Problema: Una vez expuestos los motivos que llevan a la consulta o necesidad de solución, se define cuál es el problema principal y se define en términos claros y concretos y que dependa de la consultante su solución, así como se expresan las particularidades del problema, quiénes más están involucrados y a quién le afecta tal o cual solución.

D.- Planteamiento de soluciones posibles: La consultante realiza aquí una lista de todas y cada uno de las posibles soluciones, sin importar lo ilógico, absurdo o irreal que sea, se enlistan todas las posibilidades que la consultante piense que podrían dar solución al problema, pueden ser en desorden, lo importante es una lluvia de ideas de todo lo que se le ocurre que podría hacer para resolverlo.

E.- Selección de la(s) soluciones más óptimas: Una vez que se tiene la lista de posibles soluciones, se procede a eliminar todas aquellas que no están al alcance, que no son realistas, que perjudican a otros, que empeoran el problema o que no es posible lograr de momento, para que vayan quedando sólo aquellas que sean las más viables y se colocan en jerarquías de las más posibles a las menos, aquí se procurará que queden las menos posibles y se analizan sus ventajas, desventajas y balance entre las opciones.

F.- Puesta en práctica de esta solución: Ya que han quedado las posibles soluciones más viables, se llevan a la práctica una por una, se ha analizado ya la forma, momento, lugar, persona, actitud y conductas que deberá tomar en cuenta la consultante.

G.- Verificación de resultados: Ante cada puesta en acción de las soluciones encontradas, se deberá revisar los resultados de cada una de ellas, para hacer modificaciones (ampliar, reducir o cambiar) a las soluciones propuestas, se revisará si se llevó a cabo cómo se analizó y qué factores pudieron influir para que no fuera satisfactorio el resultado.

Para lo anterior es posible practicar el Entrenamiento Asertivo que complementará la Solución de Problemas, el cual consiste en:

A.- Delimitación de la Conducta identificada como problemática de realizar adecuadamente (resistirse, poner límites, demandar algo justo, expresar su malestar ante los demás, enfrentar la crítica, entre otras), describiéndola en términos conductuales, claros y concretos.

B.- Examinar ante qué situaciones, con quién y en qué momentos se presenta la situación. Estructurar la escena con la mayor exactitud posible, incluyendo posición corporal, distancia, movimientos, etc.

C.- Examinar los pensamientos, conductas y emociones que anteceden el momento en el que deberá actuar la persona, por lo que la persona visualizará la situación y se colocará imaginariamente en ella como si estuviera ocurriendo en ese momento, permitiéndose sentir, pensar y actuar como lo hace habitualmente.

D.- Se sale de la situación y se coloca en otro momento donde visualiza una situación en la cual tuvo un comportamiento adecuado o esperado para ella, que logró la conducta efectiva y se sintió satisfecha, permitirle quedarse en la situación sintiendo, pensando y actuando, si es posible intensificar los procesos que están ocurriendo.

E.- Se describen los componentes básicos de la habilidad, la diferencia entre una situación y otra, qué pensó, qué sintió y qué hizo, y de qué dependió que en una si lo lograra y en otra no.

F.- Se modela por parte del terapeuta el comportamiento esperado, se hacen ensayo conductual, juego de roles, reforzamiento positivo y retroalimentación, en el cual la consultante va a lograr obtener el resultado de la segunda visualización ante la primera, ya que los recursos los posee y sólo necesita revisar de qué depende que en otra situación no los aplique. Vuelve a visualizar la situación uno, pero ahora con los componentes modelados y ensayados.

G.- Se hacen ensayos conductuales abiertos, donde el terapeuta puede jugar el rol de la otra persona ante la que la consultante tiene que demostrar mayor habilidad. Se repite esto hasta que la consultante emite la respuesta deseada, con pensamientos y emociones positivas para ella.

H.- Practicar en consulta otras formas alternativas de reacción que modifiquen las inefectivas y que den resultados positivos, se discuten las ejecuciones y se corrigen las dificultades encontradas.

I.- Se programan tareas en el medio ambiente natural de la consultante que le permitan ensayar las nuevas respuestas de lo adquirido y se revisan en consulta para modificaciones y ajustes, así como para revisar eventos inesperados.

J.- Se hace un seguimiento para revisar si se generalizó y se mantuvo la habilidad de afrontamiento ante diferentes situaciones y personas.

Existen muchas técnicas que se pueden utilizar para lograr que las consultantes enfrenten las crisis, desarrollen habilidades de afrontamiento y recuperen el control de su vida, pero esto dependerá de sus prioridades, las

manifestaciones en su vida y lo apropiado que pueda ser una técnica u otra para cada consultante, entre estas técnicas encontramos: Concentrarse en la situación afectiva en el aquí y el ahora; Relajación, Manejo de autocontrol; Uso de clarificación, generalización y reflexión de su comunicación interna; Expresión emocional (gritos, golpes y descarga de enojo); Afecto Inducido; Asignaciones de tareas; Autodiálogo dirigido; Biblioterapia; Control del Dolor; Expresión y Control del Enojo; Control de la Respiración; Desensibilización Sistemática; Detención del Pensamiento; Dieta y Nutrición; Ejercicio Físico; Encadenamiento; Ensayo Conductual; Entrenamiento Autógeno; Entrenamiento de las Habilidades Interpersonales; Entrenamiento para el Manejo de la Ansiedad; Hipnosis; Imaginación guiada; enfrentamiento y positividad; Implosión; Meditación; Modelamiento; Orientación Anticipatoria; Reestructuración Cognitiva; Relajación Muscular Profunda; Retroalimentación; Juego de Roles; Silla Caliente; Silla Vacía; Solución de Problemas; Técnicas Paradójicas; Terapia Familiar; Terapia de Pareja; Terapia Racional Emotiva; Yoga, entre otras, que pueden ser utilizadas en cada una de las tareas a realizar en las sesiones de terapia de crisis.

I. - Postevaluación

Esta etapa de la intervención, consiste en aplicar los instrumentos de evaluación iniciales, obtener el autoregistro de la consultante y personas significativas para ella, examinar si la persona ha logrado sus metas terapéuticas en tanto a las consecuencias provocadas por el ataque sexual, de no ser así se refuerzan aquellas que requieran mayor atención y se revisa la generalización y mantenimiento de las conductas deseadas y obtenidas satisfactoriamente para la consultante.

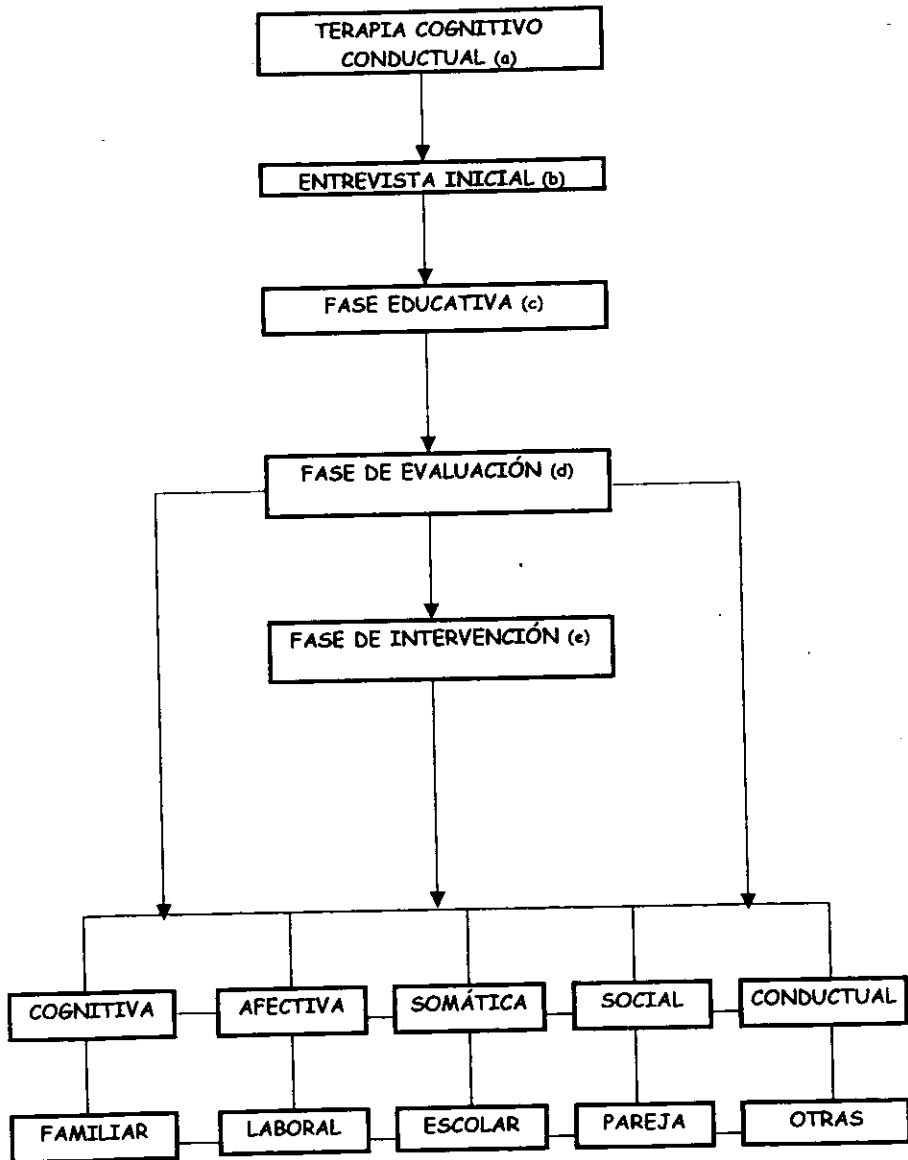
Existe un porcentaje bajo de las personas que concluyen con toda la intervención, en general cuando las personas se comienzan a sentir mejor y más recuperadas, la asistencia se vuelve irregular o bien dejan de asistir, por lo que si deja de asistir se debería de contactar con la consultante para que describa en sus palabras o al contestar la postevaluación, cómo se encuentra al dejar de asistir, para poder evaluar cuáles son las variables que en muchas ocasiones impiden a la gente continuar con su terapia o concluirla.

J.- Seguimiento

Al paso del tiempo, se realiza un seguimiento telefónico o personal cada mes hasta una año o más si es posible, para examinar si no hay recaídas, consecuencias nuevas o si esta bien en general.

Este tipo de intervención es el que se realiza en mayor porcentaje en los Centros de Ayuda a la Violencia Sexual, en la Agencias Especializadas en Delitos Sexuales y los Centros de Apoyo Terapéutico dependientes de la Procuraduría General de Justicia, y en la consulta privada, así mismo en el PIAV FES Iztacala UNAM, pero de acuerdo a los resultados de la investigación de campo, un mayor porcentaje asiste a recibir apoyo terapéutico más de dos años después de ocurrido el ataque, por lo que es necesaria la intervención psicológica pero ya no en crisis, sino en las consecuencias y secuelas que dejó en su vida una situación así.

7.2.4. Terapia individual. Ruta de atención en Terapia Cognitivo-Conductual



(f) Postevaluación y (g) Seguimiento

a.- Terapia Cognitivo-Conductual

Este tipo de intervención se presentará como Terapia Cognitivo-Conductual para efectos prácticos, no significa que en la Intervención en Crisis o en la Terapia de Crisis no se utilicen estos procedimientos, sino que nos referiremos a este tipo de intervención cuando la consultante acude a recibir apoyo terapéutico después de varios meses de ocurrido el ataque. Incluye el manejo de técnicas conductuales y cognitivas (combinadas o separadas) para la reducción, el incremento o el mantenimiento de conductas inducidas por el acontecimiento de violencia sexual.

Esta terapia se basa en los principios del condicionamiento operante, respondiente, el aprendizaje social, la modificación de conducta cognitiva y por tanto el conjunto de técnicas que se han diseñado, implementado e investigado para la intervención psicológica de muchos problemas humanos, entre ellos la violencia sexual.

La duración de esta intervención puede variar de 10 a 20 sesiones aproximadamente, ya que dependerá de la situación pasada, presente y cómo se ve el futuro de la consultante. Las consideraciones éticas y profesionales de la terapia cognitivo-conductual serán las mismas que en el apartado 1 y A de las intervenciones antes descritas.

b.- Entrevista Inicial

La entrevista inicial como en las otras formas de intervención será el primer contacto del terapeuta con la consultante, dentro de la cual se tomarán los datos demográficos, la descripción del evento de violencia sexual (con todas sus características), las acciones tomadas (legales, médicas y psicológicas), las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de lo ocurrido a nivel individual, familiar y social, así como las metas terapéuticas y clarificación de la situación presente.

Se podrá utilizar el formato anexo sobre entrevista, que servirá también para la evaluación general de las consecuencias y las acciones tomadas y a tomar. Se hacen las mismas consideraciones de los apartados 2 y B de las intervenciones anteriores, ya que aún cuando la persona ya no se encuentre en crisis, al acudir a consulta podría significar que aún se encuentra en un estado vulnerable ante lo que vivió.

c. - Fase Educativa

Esta fase es igual que en el apartado 4 y D de las intervenciones anteriores, ya que será necesario que la persona esté orientada sobre la violencia sexual, sus manifestaciones, mitos, consecuencias (y su análisis funcional), formas de intervención y posibilidades de ayuda, así como se introduce una Fase Preventiva, para abordar temas de Medidas de Prevención y Defensa.

d. - Fase de Evaluación

La Fase de Evaluación en la Terapia Cognitivo-Conductual, consiste en la aplicación de una serie de instrumentos para delimitar las conductas problemáticas para la consultante, las situaciones, antecedentes, consecuentes, recursos personales, recursos externos y posibilidades de cambio; para lo anterior, además del formato de entrevista sobre violencia sexual se podrán utilizar otros instrumentos más específicos. El procedimiento de evaluación y los métodos de evaluación se mencionarán a continuación.

I. - Seleccionar y definir la(s) conducta(s) a modificar: Análisis inicial y clarificación de la situación problemática.

A. - Conductas excesivas: Será importante delimitar cuáles conductas se consideran que están en exceso, comportamientos obsesivos o de alta frecuencia de ocurrencia (asearse, fumar, beber, comer, ver televisión, agredir verbal o físicamente, ansiedad, tensión física, estrés). Se revisa su evolución a través del tiempo.

B.- Conductas deficientes: Definir aquellas conductas que por su baja frecuencia después del ataque le producen problemas (dormir, relajarse, socializar, salir a la calle, trabajar, comer, arreglarse, concentrarse). Se revisa su evolución a través del tiempo.

C.- Control de estímulos inapropiado o deficiente: Ante qué situaciones (internas o externas) y/o personas se presentan las conductas excesivas o deficientes.

D.- Conductas favorables: Describir aquellas conductas positivas y que considera recursos personales para salir adelante. Se analiza el sistema motivacional y formas de autocontrol para lograrlas.

Una vez seleccionadas y definidas las conductas meta, que serán las que se pretenden modificar; la segunda parte consta del registro (frecuencia, topografía o geografía) de aquellas conductas identificadas como problemáticas y las situaciones o personas ante las cuales ocurre, a lo que se le denomina Línea Base, que es el punto de partida para la intervención, se pueden realizar de una sesión a otra como tarea para la consultante.

Algunos contenidos del informe de evaluación inicial podrían contener:

1.- Conducta durante la entrevista y descripción física de la consultante, II.- Problema presente: a) naturaleza del problema, b) antecedentes relacionados, c) determinantes actuales de la situación, d) variables internas (fisiológicas y cognitivas), e) Dimensiones del problema, f) Consecuencias del problema; III.- Otros problemas relacionados, IV.- Cualidades y recursos personales, V.- Elementos que requieren modificación, VI.- Tratamientos recomendados, VII.- Motivación de la consultante, VIII.- Pronóstico, IX.- Prioridad del tratamiento, X.- Expectativas y XI.- Otros Comentarios.

II.- Utilización de Métodos de Evaluación o Recolección de datos

- A.- Autorreportes y Autoinformes
- B.- Observación conductual
- C.- Automonitoreo
- D.- Mediciones de productos permanentes

- E.- Instrumentos escritos (escalas, inventarios, cuestionarios)
- F.- Registros Fisiológicos
- G.- Reporte de personas significativas para el cambio
- H.- Entrevista estructurada, semiestructurada y/o abierta

Se deberá entrenar a la consultante para el uso de determinados instrumentos de evaluación, así como proporcionarle formatos ya impresos si se requiere que registre conductas específicas, contar con los aparatos específicos para los registros fisiológicos o los formatos de registro. Ya que se tiene el registro de las conductas por diferentes métodos de evaluación (Cognitiva, Afectiva, Somática, Social, Conductual, Familiar, Laboral, Escolar, Pareja u otras), se procede a la intervención.

e. - Fase de Intervención

La propuesta de intervención cognitivo-conductual que se describirá a continuación, esta basada en las descripciones realizadas en el capítulo 4, así como en las combinaciones que se han utilizado para casos de violencia sexual, no se repetirán aquellas que se describieron en la terapia de crisis para fines prácticos, aunque en este tipo de intervención también se utilizan esos procedimientos.

Es importante señalar algunas consideraciones prácticas en la aplicación de la terapia cognitivo-conductual, que son las siguientes:

- 1.- Entrenar a la consultante también en el ambiente natural para ampliar o continuar un programa llevado a cabo en un ambiente terapéutico (se puede hacer mediante tareas específicas a casa, trabajo o escuela).
- 2.- Sustituir las consecuencias extrínsecas utilizadas en un principio para modificar la conducta por reforzadores "naturales" (por ejemplo atención de los demás).
- 3.- Retirar gradualmente las contingencias, de forma que el cliente realice las conductas deseadas durante períodos largos sin contingencias específicas.

4.- Desarrollar la conducta en presencia de diversos estímulos (ambientes y personas), de forma que la conducta establecida esté controlada por una amplia variedad de estímulos y el consultante desarrolle un patrón generalizado de respuestas.

5.- Aplicar programas reforzamientos intermitentes para que la conducta se mantenga cuando las consecuencias se administren con poca frecuencia o cuando se elimine completamente.

6.- Aumentar la demora entre la conducta y las consecuencias, de forma que de vez en cuando la consultante no reciba consecuencias mientras continua realizando la conducta.

7.- Desarrollar técnicas de autoadiestramiento, mediante las cuales la consultante se administra sus propias consecuencias, se da autoinstrucciones u observa su propia conducta.

Ya que se tienen los registros de la Línea Base, se realizará el Análisis Funcional de la Conducta, que consta de revisar los eventos antecedentes y la consecuencias, el procedimiento a seguir será el siguiente:

1.- Se selecciona e implementa un programa de intervención, revisando y analizando:

A.- Motivación para el cambio

a.- Ganancias secundarias para la consultante

b.- Significativo para otros

B.- Evaluación de reforzadores disponibles

C.- Disponibilidad y cooperación de otras personas significativas u otros profesionales

D.- Factores que mantienen el problema

a.- Deficiencias de habilidades

b.- Pérdida de incentivos

c.- Excesivos o insuficientes síntomas (ansiedad, depresión, enojo)

E.- Estrategias de Tratamiento: Uso de Técnicas de Modificación de Conducta

- a.- Desensibilización Sistemática
- b.- Inundación o Implosión
- c.- Terapia Aversiva
- d.- Condicionamiento encubierto
- e.- Modelado
- f.- Biofeedback
- g.- Juego de Roles
- h.- Ensayo Conductual
- i.- Información Auditiva demorada
- j.- Práctica Negativa
- k.- Entrenamiento en Relajación
- l.- Biblioterapia
- m.- Entrenamiento en Habilidades sociales
- n.- Inoculación de estrés

II.- Evaluación del Programa de Intervención

- A.- Monitoreo continuo de los progresos durante el tratamiento (uso de la retroalimentación verbal para hacer modificaciones pertinentes)
- B.- Programación del mantenimiento y generalización del cambio conductual (transferirlo a la vida real)
- C.- Evaluación de seguimiento (para saber si es necesario regresar a algún momento del tratamiento)

III.- Terminación del programa de intervención

- A.- Revisar si se cumplieron las metas y se mantuvo el cambio

IV.- Seguimiento

- A.- Retirar el reforzamiento y estímulos de apoyo
- B.- Observación directa y de autorreporte
- C.- Atención después de tiempo para el mantenimiento y generalización

Un ejemplo de la aplicación de la modificación de conducta cognitiva en casos de violencia sexual, para baja autoestima, ideas irracionales, miedos, inseguridad, conductas adictivas o dificultades en las relaciones con otros, podría ser como sigue:

Fase I.- Conceptualización del Problema (Evaluación Inicial): En esta fase el terapeuta y la consultante redefinen los problemas de ella en términos que den a la consultante un sentido de control y un sentimiento de esperanza, especialmente en términos que lleven a intervenciones conductuales concretas; así los dos intentan redefinir el problema para que sean aceptables para ambos (pero sobre todo para la consultante). Existen diferentes elementos (la manera en que el terapeuta discute el problema, el tipo de preguntas que hace, la clase de procedimientos de evaluación que emplea, el contenido del fundamento de la terapia y el tipo de tareas que deja a la consultante para que realice en casa) que contribuyen a elaborar una conceptualización común entre el terapeuta y la consultante.

Esta fase comienza con la exploración que hace el terapeuta de la amplitud y duración del problema que presenta la consultante, éste puede hablar de los sentimientos o pensamientos que presentó y experimentó antes, durante y después de la situación de violencia sexual, a partir de esto el terapeuta ayudará a la consultante a darse cuenta de los aspectos irracionales, autodestructivos y autosuficientes de su estilo de pensamiento, verbalizaciones e imágenes.

El objetivo de esta fase es recabar información sobre los problemas de la consultante, establecer el terreno de trabajo para que el terapeuta y la consultante elaboren una conceptualización común del problema en cuestión y decidir los medios de la intervención terapéutica.

Fase II.- La Prueba de la Conceptualización (Evaluación Durante): La segunda fase de este tipo de intervención se presenta para hacer que las consultantes "prueben" y consoliden la conceptualización del problema. La fase empieza cuando la consultante reporta las tareas que se le han encomendado en cuanto al control del diálogo interno, pensamientos e imágenes automáticas.

Esto ayuda a explorar el contenido de sus cogniciones y los aspectos de autonegación y autosuficiencia del tipo de pensamiento propio. Así las consultantes comienzan a descubrir que sus sentimientos y/o emociones negativas no son una propiedad de los acontecimientos externos, sino internos, los cuales contribuyen a provocar y mantener dichas emociones y conductas.

En este punto el terapeuta puede introducir el fundamento de la terapia, es decir, las consecuencias de la situación problemática por la que está pasando a través de cómo se siente, qué piensa, qué autoverbalizaciones e imágenes tiene ante la situación, así como la forma en que se trabajará y cómo favorecerá al cambio.

Fase III.- Modificación de Cogniciones y producción de conductas nuevas (Evaluación Final): Mientras que las dos primeras fases del tratamiento suponen preparar a la consultante al cambio, en esta fase de tratamiento, es donde el terapeuta ayuda a ésta a modificar su diálogo interno (autoverbalizaciones e imágenes) y a producir conductas nuevas y más adaptativas que se practican en vivo. Estas conductas llevarán a consecuencias que la consultante y el terapeuta pueden considerar a partir de las expectativas y creencias previas de ella. Esta reevaluación puede dar salida a la creación de nuevas conductas futuras. Así el objetivo de esta tercera fase es el de empezar un proceso en el que lleguen a interactuar recíprocamente la cognición, el afecto, la conducta y las consecuencias del medio. El modo de proceder dependen en parte de la naturaleza del problema en cuestión, de los objetivos de la terapia y de la orientación del terapeuta. Quedando establecido que en esta fase comienza la aplicación de las técnicas de modificación de conducta cognitiva y conductuales.

Entre las técnicas y procedimientos que han propuesto varios autores e investigadores en este tipo de intervención y se pueden utilizar en los casos de violencia sexual encontramos:

Reforzamiento (positivo y negativo); Castigo; Extinción; Modelado e Imitación; Moldeamiento por Aproximaciones Sucesivas; Control de Estímulos; Generalización; Desvanecimiento; Encadenamiento; Desensibilización Sistemática; Entrenamiento Asertivo; Solución de Problemas; Relajación; Juego de Roles; Reestructuración Racional

Sistemática; Terapia Racional Emotiva, Implosión; Técnica aversiva; Autosugestión; Autocontrol; Condicionamiento Encubierto; Hipnosis y Autohipnosis; Biofeedback o Retroalimentación; Condicionamiento operante, Modificación de conducta verbal, Autorreforzamiento, Reforzamiento diferencial de otras conductas, Tiempo Fuera, Costo de Respuestas, Economía de Fichas; Reflejo de ideas y sentimientos, Escritura de cartas dirigidas a personas específicas, Dibujo, Ensayo Conductual, Confrontación con el agresor en juego de roles; Uso de Metáforas, escritura y/o conclusión de historias, Frases incompletas, Modificación de conducta social, Terapia de grupo y Directrices para la familia.

f. - Postevaluación

La postevaluación consiste en la reaplicación de la Línea Base ya sin intervención y sin estímulos de apoyo o reforzamiento, se revisa si hubo generalización a situaciones de la vida cotidiana y si se ha mantenido las conductas que se modificaron. Se aplican los instrumentos de evaluación iniciales según se hayan delimitado las conductas y se hacen las modificaciones pertinentes o se regresa a fases de la intervención que no se hayan consolidado.

g:- Seguimiento

El seguimiento se puede hacer vía telefónica o personal una vez al mes durante un año o más, para lograr un registro de la situación psicológica de la consultante en general.

Como en las intervenciones anteriores, no todas las consultantes llegan a la fase final de la intervención, lo que deberá ser un motivo de investigación para los centros de ayuda y los estudiosos del tema.

7.2.5. Terapia de Grupo

Una alternativa al trabajo individual y de orientación familiar para la consultante es el trabajo en grupo, esta propuesta de intervención se ofrece a raíz de la experiencia favorable que ha dejado trabajar en pequeños grupos de mujeres y niños que han vivido experiencias de violencia sexual a diferentes grados y niveles, por lo que aquí se hace referencia a la formación de grupos en terapia breve, después de haber recibido terapia individual y orientación familiar. El objetivo es favorecer el cambio hacia el bienestar de la persona a través de compartir la experiencia y vivenciar situaciones de alivio y comprensión en grupo. La duración de esta intervención va de 5 a 7 sesiones aproximadamente de hora y media cada una, una o dos veces por semana.

* **Selección del Grupo (criterios de inclusión):** En la formación de un grupo para terapia breve en violencia sexual, se recomienda que sean lo más homogéneos posibles y no mayores a 10 participantes, tomando en cuenta la edad, el tiempo transcurrido desde que ocurrió el ataque y la experiencia vivida, es decir formar grupos de niños abusados sexualmente, adolescentes, adultas jóvenes, adultas maduras que vivieron incesto o violación, entre otras. Otro aspecto a considerar es que ya hayan recibido terapia individual para que la fase educativa esté cubierta, así como el conocimiento de las características de su problemática psicológica.

* **Presentación:** En esta primer parte se presenta el terapeuta (s) del grupo, así como presenta los objetivos a cubrir, las sesiones, el encuadre (reglas) de la terapia y se aclaran dudas y se hacen comentarios. Las reglas de la intervención en la terapia de grupo son: a) Llegar a tiempo y disponer de las sesiones programadas en horario y espacio, b) No interrumpir mientras una compañera habla, c) No juzgar, criticar o evaluar a las demás ni a si mismas, d) Permitir la expresión emocional de las demás y de si misma sin reprimir, juzgar o sobreproteger, e) No comer, hablar con otras o realizar otra actividad fuera de las implementadas en las sesiones, f) Expresar todo aquello que las incomode o sugerencias a la terapeuta de manera abierta y en grupo y g) Mantener total discreción y confidencialidad sobre lo que se hable en cada sesión. Primer sesión.

* **Exposición de su caso:** Las participantes del grupo expondrán una por una la situación de violencia sexual que tuvieron, expresándose verbal y corporalmente como así lo deseen, participarán todas y cada una de ellas en esta parte. Expondrán también sus expectativas y miedos al participar en este grupo, como forma de preevaluación. Primer Sesión.

* **Sesiones Terapéuticas (autoestima, asertividad, contacto emocional, defensa personal, medidas preventivas):** En esta fase de la terapia de grupo se busca que a partir de técnicas de dinámica grupal, de técnicas de modificación de conducta y de apoyos bibliográficos, las participantes logren recuperar su seguridad, autoestima y fortaleza, así como reciban entrenamiento en defensa personal y medidas preventivas.

Se pueden utilizar técnicas como el modelado, ensayo conductual, reforzamiento social positivo, retroalimentación, entrenamiento asertivo, reestructuración cognitiva, relajación, dibujos, escritos, metáforas, juego de roles y otras, para los aspectos más relevantes (autoestima, asertividad, seguridad, expresión emocional y autocuidado). Segunda a sexta sesión.

* **Consolidación y Recuperación:** Una vez que se han llevado a cabo las sesiones donde se realizan técnicas vivenciales de grupo, se realiza una sesión de consolidación y recuperación, donde todas y cada una de las participantes expresa verbalmente cómo se ha sentido, qué ha modificado en ella y qué necesita hacer ahora para sentirse mejor en su vida. Se hacen ejercicios más precisos sobre los reportes de las asistentes de lo que necesiten reforzar o ejercitar más. Séptima Sesión.

* **Cierre:** El cierre consiste en la expresión final de su experiencia en el grupo, así como retomarán las expectativas y miedos que mencionaron al inicio y cómo se sienten ahora, elaborarán una carta para ellas mismas y una carta breve para todas y cada una de las participantes, para ofrecer un regalo por haber compartido su experiencia. Última sesión.

7.2.6. Orientación Familiar

La orientación familiar se deberá de ofrecer al inicio, intermedio y final de la intervención, ya que es muy necesario el apoyo que reciba de familiares, pareja y amigos para su recuperación, por lo que aquí se presentarán los lineamientos generales en dicha orientación.

* Orientación Educativa contra la Violencia Sexual:

Esta orientación es parte de la Fase Educativa de la intervención psicológica de la consultante y tiene como objetivo que los familiares y personas cercanas logren brindar apoyo solidario y asertado para la recuperación familiar e individual a través del conocimiento de lo que es la violencia sexual y sus características.

* Sesiones Terapéuticas y de Orientación:

Los aspectos principales que se deben abordar con las parejas y los familiares de víctimas de violencia sexual para proveer un verdadero medio de apoyo para los esfuerzos de la consultante en el período post-traumático, son los siguientes:

1.- Estimular la expresión abierta sobre la pareja y familiares de sus respuestas efectivas a estas crisis. Es decir los familiares deben permitir que la consultante se exprese y canalice sus sentimientos de una manera positiva.

2.- Facilitar la comprensión cognitiva de lo que la experiencia de violación significa realmente para la consultante.

3.- Educar a la gente cercana a la víctima acerca de la naturaleza de la crisis que ella está experimentando y ayudarlos a anticipar consecuencias psicológicas y somáticas del episodio traumático. Explicarles cuáles son las consecuencias, manifestaciones, etapas y episodios por los que pasará una persona, se deben dar explicaciones claras; ampliar y despejar sus dudas e inquietudes,

4. - Dar asesoramiento didáctico a miembros de la familia individualmente, a quienes las respuestas personales a la crisis compartidas son tan profundas que afectan su habilidad y así poder sobrellevarlo adaptativamente, personas cercanas a la consultante pueden ser sujetos de las mismas incomprensiones, prejuicios y mitologías que rodean el crimen de violencia sexual y que son mantenidos por el público en general. Una tendencia común, en este asunto, es el de reaccionar más a lo sexual que a los aspectos violentos inherentes a la violación.

5. - Favorecer la expresión de sentimientos y emociones de los miembros de la familia ante la situación, como el coraje, ira, dolor, culpa, miedo, inseguridad o agresividad, para que sientan alivio ya que no solo la consultante es la afectada, sino todo su entorno familiar y social, ya que en la mayoría de los casos es un familiar o conocido el que realiza la agresión sexual.

6. - Los padres y otros familiares darán el soporte emocional necesario para no juzgar y apoyar en lo que sea posible, sin sobreprotecciones ni exceso de ayuda, darle tiempo a la consultante para que pueda expresar sus sentimientos, emociones y pensamientos, así como ayudarle a rebatir sus pensamientos negativos hacia sí misma y hacia los demás, ayudándola a que vuelva a confiar en los demás y su autoestima se eleve.

7. - El terapeuta debe hacer esfuerzos de enseñar a la familia y parejas acerca de la naturaleza de la crisis precipitada por la violación, lo que se logra con esto es el cambio de conducta cognitivo de la pareja y de la familia respecto a la violencia sexual, las víctimas, sus consecuencias y necesidad de apoyo, para poder ser una red de apoyo para la víctima y los familiares cercanos más afectados, dentro de lo cual se incluye:

A. - Explicar la naturaleza violenta inherente de la violación como un crimen, ayudando a los miembros y familiares a comprender que la experiencia ha sido más una amenaza a su vida que un episodio sexual. Se debe hacer claro que los sentimientos predominantes experimentados por las víctimas post-traumáticos son aquellos de impotencia afrontados en una situación de vida o muerte, vulnerabilidad, devaluación y miedo de perder la habilidad de controlar los eventos en sus vidas. Miembros familiares necesitan asistencia considerable para ayudar a las víctimas o removilizar sus condiciones afectivas de superación.

B.- Preparando a la familia sobre las secuencias psicológicas y fisiológicas predecibles de la violación descritas como el síndrome de trauma por violación. El terapeuta deberá explicar cuidadosamente por adelantado, que a continuación de un período de reajuste aparente, puede haber emergencias, pesadillas, insomnio, llanto, sentimientos de humillación, miedo, coraje y culpa. Deben darse conocimientos previos de patrones posibles de reacción que pueden ayudar a disminuir las afectaciones familiares cuando ocurran y permitir a la familia responder a la víctima en una forma más calmada.

C.- Ayudando a la familia a comprender que son más productivos cuando confían en sus propias habilidades de superación como una adulta autónoma que como un niño indefenso. Esto debe estimular a la familia, no forzar la expresión abierta de los sentimientos de la consultante, acordando fuertemente la idea de que la violación como otras crisis de la vida, no necesita destruir el potencial de la mujer para su funcionamiento normal en el futuro y ayudando a la familia a aprender como controlar sus deseos, no intervenir por la fuerza para deshacer el trauma de la violación.

D.- El terapeuta debe modelar conductas de seguridad, de empatía y evitar la tendencia de ser sumamente directivo. Es importante ayudar a la familia a dominar la realidad, es sumamente difícil de que haya una cosa mágica o receta que pueda ser dicha para hacer todo mejor.

Esto sirve no solo para compartir la decepción de la familia sobre este hecho desafortunado, sino también ayudarlos a estar dispuestos emocionalmente para cuidar de ella el tiempo suficiente sin crear dependencia ni compasiones inútiles.

* Cierre: El cierre de la orientación familiar se realiza al término de la intervención, ya sea en crisis o en la terapia cognitivo-conductual, se da el cierre cuando se da por concluida la terapia de la consultante, a menos que algún familiar requiera más apoyo u orientación.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

La violencia sexual es un problema social y de salud pública que involucra una serie de acciones como las agresiones físicas y verbales de contenido sexual, el incesto, el abuso sexual, el maltrato conyugal, el hostigamiento sexual y la violación, que deja consecuencias y secuelas graves a nivel psicológico, familiar y social.

Su incidencia real es difícil de determinar, ya que existen muchas razones por las que las víctimas no denuncian social o legalmente, como el miedo, la falta de información, el estado emocional, la preocupación por la opinión de los demás cuando se enteren y la negación de la familia. Las cifras manejadas por las procuradurías representan un mínimo porcentaje de las que realmente ocurren, y menos aún son las personas que reciben atención psicológica especializada.

La prevención y la intervención psicológica son una necesidad inminente, ya que las consecuencias no solo son para la víctima, sino también para los familiares (incluyendo los del agresor) y la sociedad en su conjunto.

A continuación se harán, más que conclusiones definitivas, reflexiones acerca de los límites, los alcances y las aportaciones que implicó la investigación en violencia sexual presente.

* En la revisión teórica metodológica podemos encontrar bibliografía actualizada y científica, tanto del extranjero como de investigaciones recientes realizadas dentro del Proyecto de Violencia Sexual del PIAV UNAM, en población mexicana y desde una perspectiva de género, las cuales aportan importante información actualizada, real y precisa de nuestra sociedad para conocer las características de la violencia sexual, su prevención e intervención psicológica e integral (médica y legal). La presente investigación es una aportación más para futuras investigaciones en el tema a nivel teórico y metodológico ya que se realizó en población mexicana afectada directamente.

* En la realización de este trabajo, se encontraron dos aspectos muy relevantes, que se pueden retomar en investigaciones posteriores como:

a) La alta frecuencia de deserción en la intervención psicológica de las víctimas: que puede deberse a que la población aún no se ha concientizado de la importancia del tratamiento psicológico temprano y su continuación (no solo intervención en crisis), por el estado emocional en el que se encuentran, porque sus demandas inmediatas sean diferentes a seguir con un procedimiento esquematizado de intervención, a que no recibieron el trato o calidad de servicio que requieren para una situación así o que en cuanto sienten alivio dejan de asistir sin asimilar que es necesario todo el proceso.

b) La edad de las víctimas: durante 1997 y 1998 se recibieron en un 80% solo casos de menores de 12 años, lo que nos cuestiona el hecho de si se está abusando más de los menores, si las jóvenes y adultas ya no están permitiendo los ataques, si no lo están denunciando o no buscan ayuda, si los agresores cada vez se dirigen a personas más vulnerables por pequeños y que les implican menos esfuerzo y problemas, o bien porque son los padres quienes los llevan a la atención psicológica. Dato que parece sumamente importante de tomar en cuenta para la prevención y propuestas de intervención psicológica sistemáticas para menores abusados sexualmente.

* En los resultados obtenidos de la investigación de campo, encontramos que no existe un perfil específico de víctima, la situación y el victimario, ni consecuencias únicas y estáticas, pero sí factores de alto riesgo y consecuencias a corto y largo plazo que afectan varias áreas de la vida; están representados por las frecuencias más altas de ocurrencia que probabilizan que se presente, es decir tienen un valor predictivo, por tanto permite el diseño de programas preventivos y de intervención psicológica y entre estas encontramos:

A) **La Víctima:** Mujeres entre 5 y 36 años, siendo más frecuentes a los 7, 11, 18 y 20 años, estudiantes, solteras y con aspecto y vestimenta normal.

B) **Situación del ataque:** mes y día de ataque indistinto, la hora más riesgosa entre las 12 del día y las 8 de la noche; en la casa de la víctima y en la calle ocurre más, generalmente es un solo atacante, ocurre durante horas y las víctimas lo dicen años después por miedo, falta de información o estado emocional. En mayor frecuencia ocurre la violación y el incesto, vía vaginal y con caricias sin penetración; se

intimida, amenaza y agrede físicamente a la víctima, tapándole la boca y abrazándola para sujetarla, consigue el ataque a través de amenazas y explicaciones de que no le pasará nada si coopera, el agresor se muestra tranquilo y/o nervioso, su vestimenta es normal. La víctima generalmente se paraliza y obedece, llora y suplica durante el ataque.

C) **Victimario:** Es hombre, conocido de la víctima por años, con alguna relación familiar entre ellos, de aspecto normal, la víctima puede identificarlo y situarlo, adultos jóvenes en promedio, con educación básica y empleo, denunciados en alta frecuencia pero sin estar detenidos ni enjuiciados legalmente.

D) **Después del Ataque:** las víctimas no denuncian el ataque por miedo, no quieren que lo sepan los demás y les falta información de a dónde recurrir o qué hacer. Si denunciaron las víctimas se sienten incómodas, ansiosas y con vergüenza; después del ataque se visten, se van a casa y se lo cuentan a alguien más, pueden ser familiares, amigos u otras personas que al saberlo las han apoyado, comprendido, preguntado más y han pedido ayuda. De manera inmediata se sienten con miedo, con inseguridad, tristeza, depresión e ideas suicidas.

E) **Consecuencias:** Físicas: tensión, cansancio, dolores intensos y embarazos. Repercusiones económicas en cuanto a más gastos y escolares al presentar bajo rendimiento y distracción. En cuanto a las consecuencias emocionales y cognitivas principalmente existen: sentimientos de odio, enojo, tristeza, inseguridad, desconfianza hacia los hombres, baja autoestima, frustración, aislamiento, miedos generales, vergüenza y preocupación por la opinión de los demás hacia ella. En las conductuales encontramos modificación en los patrones de sueño (disminuye), alimentación (aumenta), aseo (aumenta) y dependencia hacia los demás; en su sexualidad se presenta desinterés, miedos y escenas retrospectivas durante la relación sexual. La pareja como la familia generalmente las apoyan, las comprenden, se unen y les creen, se acercan más a ellos y cuentan con la familia para salir adelante si se los dijeron. Necesitan apoyo y orientación a través de la psicoterapia, la orientación familiar y la asesoría médico-legal.

* Lo hallazgos encontrados en esta investigación refuerzan, corroboran y confirman las investigaciones realizadas sobre las características de la violencia sexual y sus necesidad de intervención en prevención y tratamiento, aún cuando no se pueden generalizar a toda la población, la similitud con otras investigaciones nos confirma su validez y veracidad, no solo en México, sino en otros países, ya que nos permiten actualizar la información, derribar mitos y reformular las acciones que hasta ahora se han realizado; detectar oportunamente a la población en riesgo y desarrollar programas intensivos de prevención, así como el diseño de intervención psicológica especializada de acuerdo con los resultados más relevantes en las consecuencias físicas, psicológicas, familiares y sociales.

* Las acciones para la prevención de la violencia sexual son una necesidad inaplazable y las investigaciones epidemiológicas son un punto importante de partida para la obtención de datos sobre factores de riesgo, ya que permiten diseñar y aplicar acciones preventivas basadas en información confiable y veraz, y esto a su vez permite seguir realizando investigaciones sistemáticas y científicas, para hacer ajustes, cambios o modificaciones y difusión masiva; logrando una prevención primaria a corto, mediano y largo plazo.

* La intervención psicológica temprana reduce las consecuencias que provoca el impacto y estrés postraumático de la violación, probabiliza que las secuelas emocionales se reduzcan también, logrando que la víctima retome el control de su vida, desarrolle habilidades de afrontamiento, integre la experiencia de violencia sexual con apoyo familiar y social, y continúe con su plan de vida de una manera favorable para ella, así mismo es necesaria la intervención psicológica cuando el ataque ocurrió meses o años atrás; por lo que es necesario que el terapeuta tenga habilidades específicas, conocimientos amplios en materia de violencia sexual, conozca, maneje y tenga experiencia en el uso de técnicas de modificación de conducta u otras formas de apoyo psicológico como es la Gestalt, el Humanismo, la Programación Neurolingüística, la Terapia Sistémica, entre otras, que pueden complementar las propuestas que se expusieron en esta investigación. El terapeuta deberá estar claro de su papel como facilitador, reconocer y revisar los recursos personales y externos de los que tendrá que hacer uso en cada momento.

* Las propuestas de prevención y de intervención psicológica, tendrán muchos alcances a nivel de investigación y uso práctico, ya que parten de la experiencia clínica de aplicar desde hace 12 años talleres educativo-terapéuticos de prevención, así como la aplicación de intervención psicológica integral a personas que han vivido violencia sexual.

* Es necesario investigar más (a todos los niveles) y difundir los resultados (no solo a nivel especializado como las tesis, las revistas o los libros), para que la población tenga acceso rápido, directo, claro y preciso de todos estos resultados y las alternativas de acción, y así promover que menos personas sean víctimas y/o victimarios.

* Aún cuando existen muchos centros de ayuda gubernamentales y privados es necesario que existan en toda la República Mexicana y no solo concentrarse en el Distrito Federal, Estado de México y grandes ciudades, así como capacitar y sensibilizar al personal, a las autoridades encargadas de la impartición de justicia (Ministerios Públicos, Policía Judicial, Jueces, Legisladores, etc.), y a toda la población en su conjunto (maestros, padres, profesionistas, etc.).

* Los profesionales en salud pública e investigadores que abordan este tema, deberán participar no solamente a nivel clínico-terapéutico o teórico-metodológico, sino en otros ámbitos que promuevan el bienestar social como los Foros de Consulta Popular, Congresos, Simposios, Seminarios, Asesoría de Tesis, en la Comunidad Científica, Talleres, Conferencias, Cursos de actualización, Investigaciones Independientes o pertenecientes a algún cuerpo colegiado, Acciones para la Modificación de la Legislación en materia de Violencia Sexual, entre otros, así como promover en la medida de lo posible la educación individual, familiar y social contra la violencia y la desigualdad entre los géneros.

Todo lo anterior nos permite notar que se deberán realizar muchas investigaciones y programas científicos, sistemáticos y continuos, a nivel psicológico, social, epidemiológico, entre otros, pero que ésto solo tendrá mejores resultados, cuando logremos hacernos concientes de que las alternativas de acción no competen solo al gobierno, solo a las mujeres, solo a las instituciones educativas, solo a la familia, solo a las autoridades que imparten justicia, ni solo a los profesionales en salud pública, sino a todos y

cada uno de los que componemos la sociedad, donde los cambios se deberán hacer a todos los niveles y estructuras que componen una sociedad tan insegura como la nuestra, por lo tanto deberá facilitarse la obtención de recursos humanos y materiales por parte del gobierno y de la población en general, es decir de TODOS, para que no solo ya no haya víctimas, sino tampoco victimarios.

Es necesaria la educación en el sentido amplio de la palabra de una sociedad no sexista, donde se eduque sobre la base de la equidad entre géneros, los valores y derechos humanos desde la familia, reforzándose en la sociedad e instituciones que la componen, así como generar una cultura de respeto, tolerancia y en especial contra la violencia sexual que sufren niños, adolescentes, minusválidos, ancianos y sobre todo las mujeres (a todas las edades); ya que en tanto sigamos viviendo en una sociedad en donde éstos tengan una valoración social inferior al género masculino adulto y una legislación deficiente y discriminativa, la violencia sexual continuará ocurriendo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Alcántara, C. N. (1989): Algunas consecuencias del abuso sexual de menores y en mujeres adolescentes. Tesis de Lic. en Psicología, UNAM Iztacala. México. Proyecto Violencia Sexual.
- 2.- Anderson, H. (1989): Iniciativa para reformar el título 15vo. Delitos Sexuales. Cap. 1, Art. 260 bis. En: Memorias del Primer Foro de Consulta Popular sobre Delitos Sexuales. Cámara de Diputados, México. Febrero
- 3.- Anuario Estadístico de la PGJDF (1989): Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. México. pp. 5, 12, 38 y 40
- 4.- Ávila, C. A. y Lemus, G. A. (1997): La Prevención del Abuso Sexual Infantil, el caso de los niños con retardo en el desarrollo. Tesis de Lic. en Psicología. UNAM Iztacala. México.
- 5.- Barranco, I. (1987): Violencia en casa. Síntesis de textos del Colectivo de Lucha contra la Violencia hacia las Mujeres, COVAC y CAMVAC. México.
- 6.- Bart, P. (1981): A study of women who both were raped and avoided rape. En: Journal of Social Issues. USA, 37, 4 pp 123-147.
- 7.- Basurto, G. D. y Segura, O. A. (1998): Prevención del Abuso Sexual Infantil. Tesis de Lic. en Psicología, UNAM Iztacala. México. Proyecto Violencia Sexual.
- 8.- Becerra, C. M. (1956): Estudio de 140 casos de estupro y violación. Criminalia, Año XXII, No. 5, pp 277, México.
- 9.- Bedolla, P. (1986): Violencia Contra las Mujeres. Centro de Estudios de la Mujer CEM Facultad de Psicología UNAM, México.

- 10.- Bedolla, P. (1988): Violencia hacia las Mujeres. En: Cuadernos de Psicología. Facultad de Psicología, UNAM, México. Centros de Estudios de la Mujer CEM.
- 11.- Bedolla, P. y García, B. (1986): Definición del Hostigamiento Sexual y propuestas tentativas para su solución. En: Memorias del Centro de Estudios de la Mujer CEM. Facultad de Psicología, UNAM, México.
- 12.- Bellak, L. y Siegel, H. (1986): Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia Edit. Manual Moderno, México.
- 13.- Benitez, V. P.; Espejel, R. R. y Espinoza, T. D. (1996): Un Programa de Prevención del Abuso Sexual aplicado a niños con retardo en el desarrollo. Tesis de Lic. En Psicología, UNAM Iztacala, México. Proyecto Violencia Sexual.
- 14.- Binder, R. y Mcniel, D. (1987): Evaluation of a school-based sexual abuse prevention program: cognitive and emotional effects. En: Child Abuse and Neglect 11, pp 497-506. USA
- 15.- Budin, L. E. y Johnson, Ch. F. (1991): Sexual Abuse prevention programs: Offenders attitudes about their efficacy. En: Child Abuse and Neglect. Vol. 13 pp 77-87, USA
- 16.- Burgess, L. y Holmstrom, A. (1974): Rape Trauma Syndrome. En: American Journal Psychiatry. 131, 9. USA.
- 17.- Bustos, O. (1987): Sexismo y Medios de Comunicación. En: Estudios de Género y Feminismo I, Edit. Fontamara, México.
- 18.- Butcher, J. N.; Stelmachers, Z. T. y Maudal, R. G. (1992): Intervención en Crisis y Psicoterapia de urgencia. En: Weiner, B. I. (Edit), Métodos en psicología Clínica. Noriega Editores, México Cap. 11.
- 19.- Caballo, V. (1991): Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta. Edit. Siglo XXI, México.

- 20.- CAMVAC (1985) Violencia Sexual. Carpeta de Información Básica del Centro de Atención a Mujeres Violadas A. C. México.
- 21.- Caplan, G. (1985): Principios de Psiquiatría Preventiva, Psicopatología y Psicósomática. Barcelona, España. Cap. I, II, IV y V.
- 22.- CAVI (1997): Numerosos abusos sexuales en el seno familiar. En: La Jornada, Sección La Capital. México. pág. 21.
- 23.- Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica (1989): Mitos sobre el maltrato doméstico. México. Mimeógrafo.
- 24.- Contenido (1977) La violencia en el matrimonio mexicano. Revista bimestral. México. Diciembre, pp 53-60
- 25.- Contreras, G. N. (1990): Análisis Teórico de la Violación Sexual en México. Tesis de Lic. en Psicología UNAM Iztacala, México. Proyecto Violencia Sexual.
- 26.- Contreras, G. N. (1991a): Abuso Sexual: Tratamiento Psicológico y Prevención. En: Memorias del XI Coloquio de Investigación. UNAM Iztacala, México.
- 27.- Contreras, G. N. (1991b): Terapia Psicológica Cognitivo Conductual para niños que han sido abusados sexualmente. En: Memorias del I Congreso al Encuentro de la Psicología Mexicana. UNAM Iztacala, México.
- 28.- Contreras, G. N. (1991c): Talleres para padres: Una alternativa en la prevención del abuso sexual. En: Memorias del XVII Congreso Mundial. La Educación de los Padres en los Albores del Siglo XXI. Morelos, México.
- 29.- Contreras, G. N. (1993) El Psicólogo Clínico en la atención y la prevención del abuso sexual al menor. En: Memorias del Segundo Encuentro de la Psicología Clínica Institucional. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. México.

- 30.- COVAC (1995): Violencia Sexual. Carpeta de Información Básica. Colectivo de lucha contra la Violencia Sexual A. C. México, D. F. Informe Anual.
- 31.- Cufarfan, O. y Suasnavar, L. (1991): Un programa de prevención del abuso sexual infantil. Tesis de Lic. en Psicología, UNAM Iztacala. México, Proyecto Violencia Sexual.
- 32.- De la Garza, A. J.; Díaz, M. E.; Jiménez, R. E.; Rivera, R. X, y Morales, C. S. (1995): La Violencia Infantil. El Abuso Sexual y sus repercusiones en la Salud Pública. En: Higiene. Órgano de la Sociedad Mexicana de Salud Pública. Vol III. Enero-Marzo. México
- 33.- Diccionario Enciclopédico Universo (1972) Barcelona España. 1a. Edición.
- 34.- Dirección General de Averiguaciones Previas (1989) Centro de Información del C. Procurador General de Justicia de la República. México.
- 35.- Dolto, F. (1974): Psicoanálisis y Pediatría. Edit. Trillas, México.
- 36.- Elizondo, M. H. (1994): El abuso sexual al menor: algunas de sus consecuencias a largo plazo. Tesis de Lic. en Psicología, UNAM Campus Iztacala. México Proyecto Violencia Sexual.
- 37.- Ellis, A. y Abrahams, E. (1989): Terapia Racional Emotiva TRE. Edit. PAX, México.
- 38.- Erwin, E. (1985): Fundamentos conductistas. Terapia de la Conducta. Edit. Pirámide. España, Cap. 2
- 39.- Everstine, D. y Everstine, L. (1989): Sexual trauma in children and adolescent. Edit. Brunner Mazel, NY USA.
- 40.- Finkelhor, D. (1989): El abuso sexual al menor. Edit. PAX, México.

- 41.- Fryer, G.; Kraizer, Sh. y Miyoshi, T. (1987): Measuring actual reduction of risk to child abuse. A new approach.. En: Child Abuse and Neglect II. pp 173-179. USA
- 42.- Garbardino, J. (1987): Children's response to a sexual abuse prevention program. A study of spiderman comic. Child Abuse and Neglect II. pp 143-148 USA
- 43.- García, B. y Anderson, H. (1989): Se pronuncian todos los sectores porque el hostigamiento sexual se considere delito. En: Periódico El Día. No. 28, Febrero, México.
- 44.- García, T. A. (1993): Factores relacionados con el impacto de la violación. Tesis de Lic., en Psicología, UNAM Iztacala, México. Proyecto Violencia Sexual.
- 45.- Goldfried, M. R. y Goldfried, A. P. (1987): Métodos de cambio cognitivo. En: Kanfer, F. H. y Golstein, A. P. (Edits). Cómo Ayudar al Cambio en Psicoterapia. Edit. DDB, España.
- 46.- Golstein, L. H. (1978): Agresión y crímenes violentos. Edit. Manual Moderno. México.
- 47.- González, A. G. (1987) Pornografía y Violación. En: Revista Casa del Tiempo. Órgano Femenino de la UAM. V. VIII. México, No. 73.
- 48.- González, A. G. (1989) La Violación Sexual Femenina. En: Revista Casa del Tiempo. Órgano Femenino de la UAM. V. IX. 9 México.
- 49.- González, R. G. A. (1984) Los "Estudios de Género", una alternativa para la autovaloración de mujeres maltratadas. Tesis de Lic. en Psicología, Iztacala UNAM, México. Proyecto Estudios de Género.
- 50.- González, V. E. (1995) Crecimiento a partir de la crisis. Edit. Cóatl. México.

- 51.- Harbeck, C.; Peterson, L. y Starr, L. (1992): Previously abused child victim's response to a sexual abuse prevention program. A matter of measures. En Behavior Therapy, 23: 375-387. USA
- 52.- Harvey, O.; Forehand, R.; Brown, C. y Holmes, T. (1988): The prevention of sexual abuse. Examination of the effectiveness of a program with kindergarten age children. Behavior Therapy, 19: 429-433. USA
- 53.- Heath, L. y Davidson, L. (1988): Dealing with the threat of rape: reactance or learned helplessness. En Journal Applied Social Psychology, 18, 15 pp 1334-1351. Winston and Sons. USA
- 54.- Hernández, C. L. y Pérez, O. G. (1991) Implementación de un programa preventivo de abuso sexual y la violación al menor. Tesis de Lic. en Psicología, UNAM Iztacala, México. Proyecto Violencia Sexual.
- 55.- Hernández, O. E.; Olivo, B. J. y Robles, C. Y. (1997) Elaboración y aplicación de talleres Educativo-terapéuticos, dirigidos a padres e hijos, como una medida de prevención de primero orden contra el abuso sexual al menor. Tesis de Lic. en Psicología, UNAM, Iztacala México. Proyecto Violencia Sexual.
- 56.- Herrera, P. V. (1997) El trabajo de la psicóloga dentro de la PGJEM en atención y prevención al abuso sexual infantil. Tesis de Lic. en Psicología UNAM Iztacala, México. Proyecto Violencia Sexual.
- 57.- Islas, L. (1989) Atención y trato a denunciantes de delitos sexuales. Estudio Comparativo y frecuencia en el periodo 84-88. En: Primer Foro de Consulta Popular sobre Delitos Sexuales. Cámara de Diputados. México.
- 58.- Jones, R. y Kazdin, A. (1981) Research methods in clinical psychology. Pergamon Press, N.Y. USA.

- 59.- Jones, R.; Ollendick, T. y Shinske, C. (1989) Elaborative and behavior rehearsal in the acquisition of fire emergency skills and reduction of fear of fire. Behavior Therapy, 20: 293-302, USA
- 60.- Jordi, S. G. (1989) La estimulación precoz en la educación especial. Ediciones CEEA, Barcelona España, Cap. 2.
- 61.- Kanfer, H. F. y Golstein, P. A. (1987) Cómo ayudar al cambio en psicoterapia. Edit. DDB, Bilbao, España.
- 62.- Kazdin, A. D. (1983) Historia de la Modificación de Conducta. Edit. DDB, España.
- 63.- Keller, F. (1975) La Definición de Psicología. Edit. Trillas México.
- 64.- Kempe, R. y Kempe, H. (1985) Incesto y otras formas de abuso sexual. En: Niños Maltratados. Col. de Psicología. Edit. Morata, Madrid España. pp 85-106.
- 65.- Kilpatrick, D.; Veronen, L. y Resick, P. (1985) Psychological sequelae to rape. Assessment and treatment strategies. Cap. 19, USA.
- 66.- Koss, M. y Dinero, C. (1989) Discriminant analysis of risk factors for sexual victimization among national sample collage women. En: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 2, pp 242-250, USA.
- 67.- Krulewitz, J. y Johnson, P. E. (1978) Attributions About rape: effects of rapist force, observer sex and sex role attitudes. En: Journal of Applied Social Psychology, 8, 4 pp 291-305, USA.
- 68.- Lagarde, M. (1989) Causas generadoras de los delitos sexuales. En: Primer Foro de Consulta Popular sobre Delitos Sexuales. Cámara de Diputados, México.
- 69.- Lima, L. (1989) Agencias Especializadas en Delitos Sexuales. En: Memorias del Congreso de Criminología. Acapulco Grro. México.

- 70.- Mahoney, M. (1988) Cognición y Modificación de Conducta. Edit. Trillas, México
- 71.- Mahoney, M. y Freeman, J. (1988) Cognición y psicoterapia. Edit. Paidós, Barcelona España.
- 72.- Mahoney, M. y Kazdin, A. D. (1979) Modificación de Conducta: Principios, técnicas y aplicaciones. Edit. Omega. Barcelona España.
- 73.- Marchiori, H. (1985) La Personalidad del Delincuente Edit. Trillas, México.
- 74.- Margolin, L.; Miller, M. y Moran, P. (1989) When a kiss is not just a kiss: relation violations of consent in kissing to a rape mythes acceptance. En: Sex Roles. 20, 5 y 6, pp 231-243, USA.
- 75.- Martínez, R. M. (1981) La reparación del daño en el delito de violación en México. Tesis de Lic. en Derecho, UNAM Acatlán. México.
- 76.- Masters, W.; Johnson, V. y Kolodny, R. (1987) La relación sexual coercitiva: agresiones y vejámenes sexuales. Enciclopedia de la Sexualidad Humana. 2: 515-543. Grijalbo, Barcelona España.
- 77.- McCombie, S. L. y Arons, J. H. (1989) Counseling rape victims. En: McCombie, S. The Rape Crisis Intervention Handbook. Plenum Press, NY, USA Cap. 11.
- 78.- McKay, M.; Davis, M y Fanning, O. (1990) Técnicas Cognitivas para el tratamiento del estrés. Edit. Martínez Roca. México.
- 79.- Meichenbaum, D. J. (1974) Cognitive behavior modification. N.Y. Plenum Press, USA.
- 80.- Meichenbaum, D.J. (1988) Manual de Inoculación de Estrés. Edit. Manual Moderno, México.

- 81.- Meichenbaum, D. J. y Genest, M. (1987) Modificación de conducta cognitiva. Una integración de los métodos cognitivos y conductuales. En: Kanfer, F y Goldstein, A (Edits) Cómo ayudar al cambio en psicoterapia. Edit. DDB. España.
- 82.- Melamed, G. B. y Siegel, L. (1980) Designing, implementing and evaluating a behavioral intervention program. Behavioral Medicine. Cap. 3 Plenum Press, NY, USA.
- 83.- Morales, C. J.; Padilla, B. M. y Saavedra, F. P. (1995) Prevención de la violación. Tesis de Lic. en Psicología, UNAM Iztacala, México. Proyecto Violencia Sexual.
- 84.- Muehlenhard, Ch. y Lipston, M. (1986) Date rape and sexual aggression in dating situations. Incidence and risk factors. En: Journal of Clinical Psychology. 34:2, pp. 186-196. USA.
- 85.- Myers, B.; Temple, D. y Brown, R. (1984) Coping ability of women who become victims of rape. En: Journal of Consulting and Clinical Psychology. 52:1, pp. 73-78 USA.
- 86.- Nathan, P. E.; Witte, G. y Langenbucher, J. W. (1992) Terapia conductual y modificación de conducta. En: Weiner, B. I. Métodos en Psicología Clínica. Noriega Editores, México. Cap. 12.
- 87.- Nava, C. M. y Sánchez, O. V. (1996) Tratamiento cognitivo-conductual para mujeres maltratadas por su cónyuge. Tesis de Lic. en Psicología, UNAM Iztacala, México. Proyecto Violencia Sexual.
- 88.- Ortiz, M. y Santillán, I. (1984) La cifra negra en el delito de violación. En: Revista Alegatos. México, UAM Atzacapotzalco. No. 4.
- 89.- PIAV (1988-2000) Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas, UNAM Iztacala. México. Archivos y Cuaderno de información básica y Archivos.

- 90.- Poche, Ch.; Brouwer, R. y Swearingner, M. (1981) Teaching self-protection to young children. En: Journal of Applied Behavior Analysis. 14: 2, pp 169-176, USA:
- 91.- Rattner, J. (1966) Psicología y Psicopatología de la vida amorosa. Edit. Siglo XXI, México, 14a. edición.
- 92.- Ribes, I. E. (1980) Técnicas de Modificación de Conducta. Edit. trillas, México.
- 93.- Ribes, I. E. (1981) Reflexiones sobre una caracterización profesional de las aplicaciones clínicas del Análisis Conductual. UNAM Iztacala México.
- 94.- Ribes, I. E. (1982) Consideraciones Metodológicas y profesionales sobre el Análisis Conductual Aplicado. En: El Conductismo: Reflexiones críticas. Edit. Fontanela, Barcelona, España.
- 95.- Ribes, I. E.; Díaz González, E.; Rodríguez, L. y Landa, P. (1990) El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. En: Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano. Edit. Trillas. México.
- 96.- Riquer, F.; Saucedo, Y. y Bedolla, P. (1996) Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de salud pública. En: Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva. México. Fac. de Psicología UNAM. pp 247-287.
- 97.- Roberts, M.; Alexander, K. y Fanurik, D. (1990) Evaluation of commercially available materials to prevent child abuse and abduction. En: American Psychologist. s/n, pp 782-783. USA.
- 98.- Rogers, C. (1978) Terapia, Personalidad y Relaciones Interpersonales. Edit. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina. pp. 19-47 y 49-89.
- 99.- Rosenbaum, M. (1981) Training preschool children to identify emergency situations and make emergency phone calls. En: Behavior Therapy. Pergamon Press. NY, USA.

- 100.- Ross, A. (1991) Terapia de la conducta infantil. Edit. Limusa. México.
- 101.- Roth, S. (1982) Apuntes preliminares sobre una psicología preventiva. En: Memorias del VI Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta. México.
- 102.- Ruiz, L. M. y Vaquero, C. C. (1984) La importancia de la prevención para el retardo en el desarrollo. Tesis de Lic. en Psicología UNAM Iztacala, México.
- 103.- Ruiz Harrel, R. (1977) La violación en México. En: Revista FEM. Vol. 1, No. 4, Julio-Septiembre.
- 104.- Salinas, M. M. (1995) Los factores de alto riesgo en el abuso sexual. Tesis de Lic. en Psicología, UNAM Iztacala, México. Proyecto Violencia Sexual.
- 105.- Samaia, A.P. (1991) Consecuencias psicológicas y alternativas de tratamiento psicológico en mujeres víctimas de violación. Tesis de Lic. en Psicología, UNAM Iztacala, México. Proyecto Violencia Sexual.
- 106.- Sarason, I. (1990) Psicología Anormal. Edit. Trillas, México, 2a. edic.
- 107.- Serratos, G. R. (1989) Tratamiento psicológico y organización de centros de apoyo a la víctima de violación. En: Primer Foro de Consulta Popular sobre Delitos Sexuales. Cámara de Diputados, México.
- 108.- Silverman, D. y McCombie, S. (1978) Counseling male mates and family. En: The rape crisis intervention handbook. Plenum Press, NY, USA.
- 109.- Skinner, B. F. (1987) Análisis de la Conducta. Edit. Trillas, México, 8va. edición.
- 110.- Slaikau, K. (1988) Intervención en crisis. Edit. Manual Moderno. México.

- 111.- Tocaven, R. (1989) Insólita cotidiana. Reporte de investigación realizado en 1988. En: Periódico Doble Jornada. México, Año 3. No. 25. Delitos Sexuales, México.
- 112.- Turner, S. y Frank, E. (1981) Behavior therapy in the treatment of rape victims. En: Michelson, Herson y Turner. Behavior Therapy. Plenons Press. NY USA.
- 113.- Umbral, R. y Valdés, R. (1987) La violación sexual femenina ¿Cómo se ha abordado desde un punto de vista psicológico?. Tesis de Lic. en Psicología, UNAM Iztacala, México.
- 114.- Valladares, C. P. (1983) Un programa de prevención en una comunidad aledaña a la CUSI. Tesis de Lic. en Psicología UNAM Iztacala, México.
- 115.- Valladares, C. P. (1989a) Necesidad de Tratamientos sistemáticos para personas violadas. En: Primer Foro Popular sobre Delitos Sexuales. Cámara de Diputados, México. Febrero.
- 116.- Valladares, C. P. (1989b) Manejo Terapéutico a Mujeres Violadas. Curso de Entrenamiento. Carpeta Básica. UNAM Iztacala, México. División de Educación Continua.
- 117.- Valladares, C. P. (1993) Estudio epidemiológico de la violencia sexual. Tesis de Maestría en Modificación de Conducta. UNAM, Iztacala, México. Proyecto Violencia Sexual.
- 118.- Valladares, C. P. (1997) Informe 1997 del Centro de Atención al Maltrato Intrafamiliar y Sexual (CAMIS) de la PGJEM, México.
- 119.- Vargas, K. P. A. (1983) La prevención en Psicología Clínica Tesis de Lic. en Psicología, UNAM Iztacala, México.
- 120.- Vázquez, L. A. (1994) Prevención de la Violación Sexual. Una revisión documental. Tesis de Lic. en Psicología, UNAM Iztacala, México. Proyecto Violencia Sexual.

- 121.- Veronen, L. y Kilpatrick, D. (1987) Stress managment for rape victims. En: Stress reduction and prevention. Edits. Maichenbaum y Jaremko. NY. Plenum Press, USA.
- 122.- Villa, C. B. (1999) Revisión epidemiológica de la agresión sexual. Tesis de Lic. en Psicología, UNAM Iztacala, México. Proyecto Violencia Sexual.
- 123.- Weiner, B. I. (1992) Métodos en Psicología Clínica. Noriega Editores. México.
- 124.- Weiner, B. I. y Bordin, S. E. (1992) Psicoterapia Individual. En: Weiner, B. I. Métodos en Psicología Clínica. Noriega Editores, México. Cap. 7
- 125.- Wilson, Ch y Golub, Sh. (1993) Sexual abuse prevention program for preschool children: what do parents prefer?. En Psychological Reports. 73: pp 812-814 USA-.
- 126.- Wolpe, J. (1985) Práctica de la terapia de conducta. Edit. Trillas, México.
- 127.- Wurtele, S. K.; Mars, S. y Miller-Perrin, C. (1987) Practice makes perfect. The role of participant modeling in sexual abuse prevention program. En: Journal of Consulting and Clinical Psychology. 55: 4, pp 599-602, USA.
- 128.- Wurtele, S. K. (1990) Teaching personal safety skills to four year old children. A behavioral approach. En Behavior Therapy. 21: pp 25-32 USA.
- 129.- Wurtele, S. K.; Kast, L. y Melzer, A. (1992) Sexual abuse prevention education for children. A comparison of teachers and parents as instructors. En Child Abuse and Neglect 16: pp 865-876, USA.

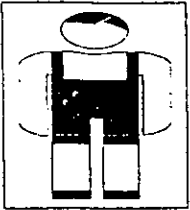
ANEXOS

TALLER

SEGURIDAD Y AUTODEFENSA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

EVALUACION _____ FECHA: _____
NOMBRE _____ EDAD: _____
COLARIDAD: _____

Señala 5 partes de tu cuerpo, escribe cómo se llaman y para qué sirven.



- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____

Escribe 5 partes de tu cuerpo que van a cambiando cuando creces.

Escribe en las rayas si sabes cómo nacen los niños:

Escribe 5 Derechos que tienes como ser humano (Los Derechos de los Niños):

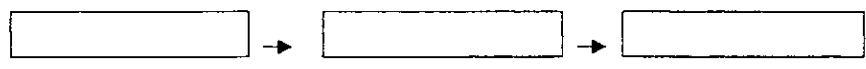
- Escribe en qué situaciones te pueden faltar al respeto, o tú le puedes faltar al respeto a quien; cuando:

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____

- Qué le pedimos los niños y las niñas a los adultos, que nos:

7.- Si alguien quisiera hacerte algo que no te agrada, como acariciarte donde no te gusta a escondidas, ¿Qué debes hacer?

Decir



Haz un dibujo de lo que harías.

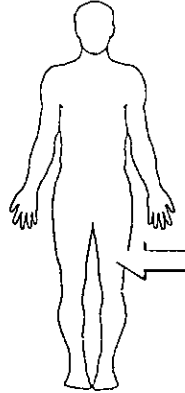
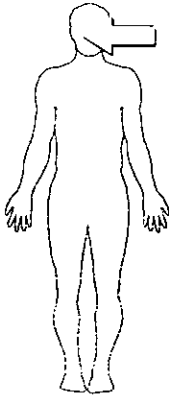
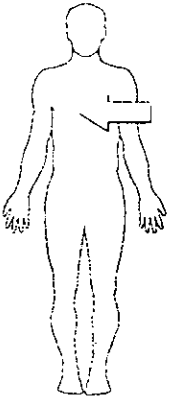
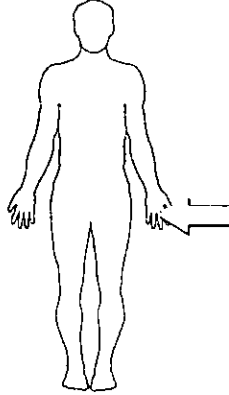
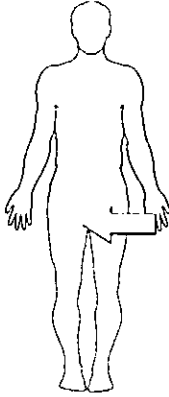
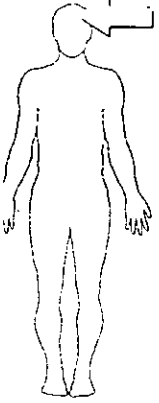
Pon una
te gustan.



a las caricias que si te agradan y una



a las caricias que no



MEDIDAS BÁSICAS DE PREVENCIÓN Y DE AUTODEFENSA

REGLAS BÁSICAS:

- * Cuide a sus hijos y enséñeles a cuidarse: Las dos terceras partes de las víctimas de violencia sexual son menores de 12 años.
- * Cuide su hogar: Más de la mitad de los ataques sexuales son cometidos en casa habitación.
- * Cuídese así misma: Hay muchas medidas sencillas que pueden salvarla de la violencia sexual. En cuanto más precauciones se tomen, menos probable será que se convierta usted en víctima.

MEDIDAS GENERALES PREVENTIVAS:

SEGURIDAD PARA SUS HIJOS

- * Comunique a sus hijos, de acuerdo con su edad, los riesgos que pueden correr y cómo cuidarse de extraños y conocidos.
- * Enséñeles las medidas elementales de seguridad contenidos en este documento.

DONDE SE VIVE

- * Debe haber luces en todas las entradas del edificio o casa donde se vive.
- * Todas las ventanas deben ajustar bien y tener cerraduras. Si se vive en el sótano o en la planta baja, debe instalar protecciones en cada ventana, así como persianas o cortinas.
- * Cada puerta de la casa o departamento debe tener cerradura fuerte, preferiblemente doble cerradura. Manténgalas bien cerradas cuando este en su casa y al salir aunque sea por un breve momento cierre con llave.
- * Esté alerta de los sitios donde se puedan esconder los extraños, como debajo de las escaleras, en los callejones o entre dos edificios.
- * Si vive sola o con mujeres, nunca ponga su nombre completo en la casilla de correos. Use la inicial de su nombre y luego el apellido. Haga lo mismo en la guía telefónica.
- * Trate de conocer a sus vecinos y sepa así en cuáles puede confiar en caso de emergencia.
- * Siempre sepa quien esta en la puerta antes de abrirla. Si es un hombre de servicio pídale su identificación. Si usted esta sola por la noche, no esta esperando a alguien y llaman a la puerta, conteste la llamada diciendo: "Yo voy Juan, no te molestes yo abro la puerta", para dar a entender que esta con alguien.
- * Cuando regrese a su casa de noche, tenga siempre sus llaves listas para entrar a su puerta. Si nota que alguien la vigila, no deje saber dónde vive y luego corra a abrir la puerta.
- * Si hay una persona sospechosa en el elevador de donde se vive, presione el botón de emergencia y los botones de todos los pisos. Salga en el primer piso donde pare el elevador.

- * Procure tener siempre a la mano el directorio telefónico de emergencia (Policía, Cruz Roja, Bomberos, Ambulancias, etc.) y de vecinos a quien pueda llamar y que acudan inmediatamente (colóquelos en un lugar visible).
- * Cierre perfectamente todas las puertas y ventanas cuando se retiren a dormir o salgan de casa.
- * Si esta en su hogar y suena el teléfono y al contestar es una persona que no conoce o no se identifica, utilice la misma táctica del acompañante imaginario, haciendo notar que esta usted con alguien.
- * No muestre como se abre la puerta a extraños en caso de que tuviese algún truco, vigile que nadie la observa por si tiene que sacar la llave de un lugar "secreto". No deje nunca las llaves pegadas.
- * No deje a sus hijos solos en casa por mucho tiempo, y si necesita hacerlo, deje la puerta asegurada con llave e indíqueles que no le abran a nadie hasta su regreso. Deberán conocer una salida de emergencia si hubiese algún imprevisto como temblor o incendio mientras usted no esta.
- * Si tiene enrejado o barda, procure colocar un timbre ahí, para que no tengan que entrar a tocar y usted pueda identificar a la persona desde la ventana.
- * Instale un visor o mirilla para poder ver quién esta tocando, o si hay extraños en el exterior.
- * Instale una cadena o cerrojo de seguridad, que permita entreabrir la puerta y recibir mensajes o paquetes pequeños.
- * No deje mensajes en la puerta que indiquen que esta sola la casa.
- * Si pierde las llaves de su casa, cambie de inmediato la combinación de las cerraduras, sobre todo si en el llavero estaba su nombre o dirección.
- * Varíe su rutina, impida que sepan los días y horas que la casa esta sola o usted.
- * No de informes por teléfono a desconocidos sobre los movimientos de los habitantes de la casa.
- * No abra por el intercomunicador, si no tiene la seguridad de la identidad del visitante.
- * No deje fuera de la casa escaleras de mano o cualquier herramienta que pueda servir para entrar.
- * Si tuvo trabajadores en su casa (albañiles, carpinteros, herreros, plomeros, etc.) y tuvo que darles la llave en algún momento, cambie la combinación de la chapa en cuanto hayan terminado el trabajo.
- * Evite tener grandes sumas de dinero o valores en su casa.
- * Si llega a su casa en automóvil y nota algo sospechoso, no entre y dé una vuelta a la manzana o visite algún vecino que pueda ayudarla.
- * No abra la puerta si no esta completamente vestida.
- * No acepte paquetes que no esta esperando o no están bien identificados.
- * Nunca deje a un vendedor o mensajero esperando con la puerta abierta, mientras busca dinero o una pluma.
- * En caso de sospecha de que hay un extraño en su casa: si oye ruidos, encienda las luces y haga mucho ruido; si esta sola llame a un compañero imaginario; evite cualquier enfrentamiento físico; si al llegar a su casa nota algo irregular no entre, busque ayuda y si hay extraños merodeando su domicilio, llame a la policía o comuníquese a algún vecino.
- * Enseñe estas reglas a sus familiares, vecinos y empleados.
- * No permita que las empleadas domésticas admitan visitas en su ausencia.

- * Aplique estas medidas también en la oficina, negocio o empleo.

EN LA CALLE

- * Camine siempre confiada y con paso seguro, muy firme y sabiendo a donde va, aunque usted no sepa dónde esta, muéstrese segura ante todo el que la vea, acérquese a alguna persona o policía y pregunte discretamente lo que busca.
- * Trate de no sobrecargarse con paquetes, bolsas grandes y libros pesados. Los bolsillos son mucho más prácticos y dejan las manos libres (fíjese que casi todos los hombres en la calle tienen las manos libres).
- * Procure en la medida de lo posible no ser ostentosa al vestir (joyas, relojes, accesorios de mucho valor), ya que eso llamará mucho la atención hacia usted.
- * Vístase de manera práctica. Muchos estilos son bonitos, pero no les permiten a las mujeres moverse con facilidad. Los suecos, los zapatos abiertos y los de tacón demasiado alto o delgado, no deben usarse si usted va caminando por lugares desconocidos o solitarios, a menos que sea una experta en correr con este tipo de calzado. Las bufandas, capas, colgantes largos y cosas parecidas son muy fáciles de agarrar o enredarse con ellos, las faldas y pantalones muy apretados hacen difícil correr.
- * No camine por entre un grupo de hombres, camine alrededor de ellos, si le es posible, cruce al otro lado de la calle discretamente.
- * Si esta sola, este alerta de lo que pase a su alrededor. Alértese de pisadas y voces que vienen cerca. Mire para todos lados para ver si alguien la sigue, y si es así cambie su paso - o más lento o más rápido - para ver que pasa. Intente cruzar la calle, intente caminar por la mitad de la calle.
- * Cuando ande en lugares desconocidos para usted, lleve un silbato enrollado en su muñeca, úselo cuando usted lo crea conveniente, esto es más fácil que gritar.
- * No camine sola si se siente enferma, borracha o drogada. Pida a un amigo (a) de su confianza que la acompañe, o bien si acudió a una fiesta y se siente mal, mejor espere a sentirse mejor antes de retirarse a su casa y si es posible mejor quédese ahí.
- * No camine demasiado cerca del interior de la banqueta, ni cerca de arbustos, entradas de callejones, camiones estacionados o entradas privadas.
- * Si usted esta esperando que la recoja una persona o espera el autobús o cambio de semáforo, manténgase bien balanceada, no ponga los pies muy unidos; saque las manos de los bolsillos, sus codos son fáciles de agarrar y difíciles de soltar. No se apoye contra los postes de luz, ni contra los letreros. Este muy atenta a los automóviles que puedan parar cerca de usted, o que pasen más de una vez frente a usted.
- * Si lleva bolsa, un periódico o un paraguas, guárdelo debajo del brazo.
- * Siempre es mejor hacer planes de antemano con amistades o con gente con quien usted trabaja, sale o va a la escuela; para que la lleven a su casa y anden en grupo.
- * Cuando tenga que pasar por terrenos baldíos, parques, construcciones, excavaciones o demoliciones, hágalo rápidamente, si le es posible no transite por ahí, aunque tenga que dar más vuelta o se tarde más en llegar.
- * Cuando se de vuelta a una esquina o llegue a ésta, no se pegue a la pared, retírese hacia afuera o enmedio de ésta.

- * Procure variar sus rutas cuando se dirija al hogar, puesto que si usted pasa por el mismo lugar y a la misma hora, será un buen blanco, lo mismo que para ir a la escuela, trabajo u otras partes. Camine por otra calle, tome otro camión, etc.; aunque en ocasiones esto le lleve más tiempo.
- * Cuando algún automóvil se pare delante de usted, párese lejos del coche para cerciorarse de quiénes son y qué aspecto tienen (puede ser que sólo le hagan una pregunta o la esperen para atacarla).
- * Procure caminar del lado de la banqueta donde los automóviles van en sentido contrario al de usted y del lado del chofer.
- * No use joyas ostentosas; lleve tan solo el dinero necesario y procure no exhibirlo ni contarlo en público.
- * Evite tratos con desconocidos, aléjese de ellos, sobre todo si están en grupo.
- * No camine por calles oscuras o solitarias, y de noche evite pasar por parques o sitios despoblados.
- * Es importante que recuerde siempre: SU SEGURIDAD EN LA CALLE es lo que alejará a posibles atacantes.

CUANDO USE TRANSPORTE PROPIO

- * Si usted tiene carro, antes de subirse verifique que no haya ninguna persona dentro y que este bien cerrado como usted lo dejó.
- * Mientras maneja, asegúrese de que el carro este bien cerrado con los seguros puestos y que tenga las ventanas un poco entreabiertas (no más de 5 centímetros).
- * Lleve las llaves listas para abrir y suba rápidamente.
- * En los altos, manténgase alerta y lista para arrancar en caso de imprevisto.
- * De preferencia utilice estacionamientos descubiertos si saldrá de noche.
- * Cuando viaje de noche y usted observe que la siguen, o que hay un grupo de hombres en el semáforo con intenciones de atacarla, páselelc. siempre y cuando no venga ningún carro atravesando.
- * Si fuese usted manejando sola y el lugar esta solitario y le pegan a su carro, primero cerciórese de que no sean muchos los que vienen en el otro carro, en caso de que sean dos o más y si son hombres, no se pare, es preferible que se vaya con su golpe a que sea una trampa para asaltarla (en ocasiones es la muleta para hacer que se pare o que los siga).
- * Si usted va manejando por la noche y se da cuenta que la van siguiendo o friccionando con otro carro, si observa que la situación ya la esté atemorizando mucho y no hay más carros circulando y además los lugares iluminados y transitados están retirados, péguale a otro carro con el suyo, llamará la atención para que la auxiliien o hará que se alejen los otros.
- * Procure traer su carro en buen estado y con gasolina suficiente para cualquier imprevisto.
- * Procure cargar gasolina, recoger su carro del mecánico o de otro lugar en horas hábiles.
- * No circule ni estacione su vehículo en calles oscuras, procure que este iluminado si al salir de donde esta será de los últimos.
- * Cuando meta su carro al estacionamiento, cerciórese que no este ninguna persona sospechosa cerca. Procure tocar el claxon al llegar a casa o a donde vaya.

USO DE TRANSPORTE PÚBLICO

- * Si usa transporte público y va de pie, guarde lo que tenga bajo el brazo; trate de no pararse cerca de un grupo de hombres, procure sentarse al frente o cerca de la puerta.
- * Si esta sentada en un autobús o en el metro, este siempre alerta y no se duerma.
- * No se sienta al lado de personas sospechosas, ni de grupos que vayan alborotando.
- * Si no esta segura por donde va, procure sentarse adelante y pregúntele discretamente al conductor.
- * No utilice siempre el mismo transporte público, procure variar el horario aunque sea por algunos minutos, y si esta usted sola esperando el transporte colectivo no se suba si va vacío o sin letrero visible.
- * En el metro, procure quedar cerca de la puerta y abordar el vagón que quede próximo a las escaleras de salida.
- * Si tiene que viajar en taxi, esta sola y es de noche, puede hacerle notar al chofer que la esperan; no permita que tome "atajos" para llegar más pronto, niirse por lugares solitarios o desconocidos para usted. Pídale al taxista que espere a que entre a su casa antes de retirarse.
- * Cuando se quede sola en el transporte público, tome el número de placa, ruta, etc., por si hay un posible ataque y tiene que identificarlo.
- * Procure sentarse atrás en el transporte colectivo, ya que si el chofer intenta algo, usted podrá bajarse aunque sea que se aviente.
- * De preferencia no lo haga, pero si usted tiene que aceptar transporte de un desconocido o de una persona que no es de mucha confianza, tome en cuenta lo que sigue:

CON RESPECTO A LOS "AVENTONES"

- * Trate de no aceptar transporte de un extraño si esta sola ni subir a un extraño a su carro.
- * Por favor, evite este tipo de transportación durante la noche.
- * Cuando tenga la necesidad de utilizar transporte de un extraño o una persona de poca confianza, hágalo en áreas transitadas, evite áreas solitarias y oscuras.
- * No acepte transporte en un automóvil en el que este más de un hombre, no le de pena rehusar a un grupo.
- * Convenza a mujeres que tengan automóvil que le den "aventón" a otras mujeres que vayan al mismo camino de trabajo, escuela u hogar.
- * Cuando suba a un automóvil, mire si hay alguien escondido en el asiento de atrás.
- * Asegúrese que la puerta de su lado pueda ser abierta desde adentro diciendo "creo que no cerró bien", entonces tendrá la oportunidad de volverla a abrir y saber si se puede o no, por lo que tendrá tiempo suficiente de decirle que se baja.
- * Asegúrese que el hombre este completamente vestido y sus pantalones estén abrochados.
- * Fijese que las manos las mantenga ocupadas manejando.
- * No suba a un carro que tiene botellas de cerveza o licor en el suelo, puede ser que el hombre este borracho, así como fijarse en el olor en el interior del auto.

- * No suba con alguien que conduzca velozmente y que al detenerse para recogerla ha frenado violentamente.
- * No suba a un automóvil cuyo conductor cambio de dirección para recogerla.
- * Siempre deje su ventanilla un poco abierta por si acaso tiene que gritar.
- * Lleve un silbato para pitar en los oídos del conductor o por la ventana para pedir ayuda.
- * Si usted fuma, en cuanto se suba al auto de un extraño, encienda un cigarrillo para usarlo como arma si no se para o si intenta hacerle algo.
- * Pregunte al conductor en que dirección va antes de decirle a donde va usted. No baje del automóvil enfrente del sitio donde verdaderamente va, bájese un poco más lejos (antes o después) para que él no lo sepa (puede inventar que pasará a ver a alguien o a la tienda).
- * Si lleva bolsa, téngala en sus piernas con la mano izquierda, y la derecha en la manilla de la puerta, así puede usar la bolsa en caso de ataque y salir rápidamente.
- * Si el conductor se detiene antes de llegar a su destino, salga del vehículo inmediatamente y platique con él desde afuera si así lo desea.
- * Asegúrese que conoce su ruta, en caso de que el conductor se desvíe en una dirección errónea.
- * Jamás solicite este tipo de transporte para salir hacia las afueras de la ciudad o el campo, donde el conductor podría manejar velozmente y sin parar.
- * Cuando viaje con un desconocido, no proporcione datos de usted abiertamente, diga algunas mentiras si es necesario que tengan que platicar de algo. Muéstrase muy segura de que sabe a donde va y que sabe viajar sola (aún con desconocidos).
- * No proporcione datos de que si usted esta todos los días ahí, a la misma hora, que le agrada viajar en aventones, que es su ruta diaria o que siempre anda sola.

LUGARES PÚBLICOS Y DE SERVICIOS

ESCUELA (U OFICINA)

- * Procure al salir de la escuela u oficina irse en grupos que vayan por el rumbo, pasando por lugares habitados e iluminados.
- * No acostumbre irse a sentar a lugares escondidos o solitarios (si grita nadie la oirá).
- * Si usted toma clases o trabaja en edificios y esta en el último piso, no se queda ahí si ya no hay mucha gente, aunque usted tenga cosas que hacer, procure hacerlas en aulas u oficinas de los pisos de abajo.
- * Al final de la jornada de clases o trabajo, y si usted va en el turno vespertino o sale de noche y desea ir al baño, procure no quedarse en los baños de arriba, baje a los primeros pisos y entre ahí. Si usted es de las últimas personas, será fácil que la encierren en el baño y no se escuchen sus gritos.
- * Cuando tenga que ir a alguna parte de la escuela u oficina que esta ya sin gente, procure hacerse acompañar o bien pedir que la esperen y si ven que no regresa, la vayan a buscar.
- * No acostumbre ser la última en salir o de las últimas, pues si siempre lo hace será un buen blanco.

- * Si están haciendo el aseo en los baños, espere a que terminen y ver si el encargado de esto se haya retirado antes de entrar.
- * Si hay laboratorios o talleres y ya no hay gente y usted busca a alguien, no entre a buscarlo, grite su nombre desde la entrada, o solo entre un poco, cerciorándose de que la puerta se mantenga abierta, lo mismo en otras partes de las instalaciones donde ya no haya gente.
- * Procure no quedarse más tiempo del que se establece en el horario de clases o trabajo, pues por lo regular todos se retiran y tendría dificultades para ser escuchada en una emergencia.
- * Al dirigirse a la escuela o trabajo, procure ir con otros compañeros (as) que vivan por el rumbo.
- * No ande caminando sola por lugares solitarios de la escuela u oficina.

BAÑOS DIVERSOS

- * En el Cine: Cuando usted quiera ir al baño, procure ir en el intermedio de la película, pues es cuando más gente va. Si no le es posible esperar y no la quieren o pueden acompañar, haga lo siguiente: dígame a su acompañante (s) que irá al baño, que se tardará aproximadamente minutos, que si en ese tiempo no regresa, que la vayan a buscar.
- * En los baños públicos: Si usted tiene la necesidad o la costumbre de irse a bañar a baños públicos, de gimnasios, de club deportivo o balnearios, al entrar al baño observe bien que no haya nadie adentro; al cerrar la puerta, tendrá que cerrar bien por dentro con seguro. Si llega el servicio de algún alimento o bebida, recoja en la puerta y este alerta por si quiere entrar. Si va al vapor u otra actividad, descanse pero no se duerma por completo.
- * Baños de Restaurantes y Bares: En este aspecto puede hacer lo mismo que al ir al baño del cine, pedir que le tomen el tiempo, pues en muchos lugares los baños estar retirados o en otro piso, o bien no permiten el paso a los hombres para que acompañen a las mujeres y las esperen afuera. Debido a la música o conversación de la gente, podrían no oírse sus gritos, y por lo regular solo pensamos que esta retocándose o mal del estómago; por lo que no esta demás ver el por qué de su tardanza. **NUNCA MANDEN A LOS NIÑOS SOLOS AL BAÑO.**
- * Baños de Oficinas y Fábricas: En el trabajo, podría suceder también que los baños estén un poco retirados de nuestro lugar de trabajo, y en esta situación se podría dejar un recadito a algún compañero (a) del lugar donde se encuentra, por si se tarda en regresar. Muchas situaciones de intento o violación se han visto en las baños de fábricas, ya que los obreros y obreras se bañan y alguna se queda al final, esta podría ser atacada hasta por los mismo vigilantes, por lo que es recomendable que salga con todo el grupo de mujeres y procure que no hayan horas extra y salir sola del baño o a la calle.

MEDIDAS GENERALES DE DEFENSA

Recuerde que los bienes y el dinero pueden recuperarse, LA VIDA NO, y en principio si lo que quieren es asaltarla solamente:

- * Ante todo mantenga la calma.
- * No haga movimientos sospechosos o amenazadores.
- * No oponga resistencia y dé rápidamente lo que le piden.
- * No discuta y permanezca callada.
- * Trate de memorizar lo que oiga y vea.
- * Si escucha algún disparo, tírese al piso y cúbrase la cabeza con las manos y los brazos.
- * Si la toman de rehén, no se resista y no trate de escapar.

En caso de ser ataque sexual:

- * Si puede huir hágalo.
- * Procure mantener la calma. Es importante que no demuestre miedo.
- * Si esta atrapada, hable con el agresor, trate de ganar tiempo hasta que pueda huir o pedir ayuda.
- * Observe bien la fisonomía, ropa, señas particulares y demás características de los presuntos atacantes (vehículo, placas, etc.).
- * Cuando tenga una situación de ataque y usted no tiene la posibilidad de escapar, intente algo ahí mismo.
- * Si es usted atacada y la van conduciendo a otro lugar bajo amenaza de una arma y ve gente que pase, hágase la desmayada, eso llamará la atención de los demás y acudirán a ver que pasa, será entonces cuando tendrá oportunidad de pedir ayuda. Vomítese o produzca una reacción fisiológica que llame la atención de los demás. Finja un ataque de asfixia (asmático), convulsiones o algo parecido.
- * Si es dentro de algún transporte público, haga lo mismo, o haga un escándalo así el atacante se descontrolará al ver lo que ocurre, no le de pena que la volteen a ver, recuerde que esta defendiendo sus derechos y tratando de conservar su integridad.
- * Si puede pelear y/o gritar durante el ataque hágalo todo el tiempo, pero no pierda energías en casos inútiles, pues estas le podrían servir para escapar (correr, gritar, pegar, etc.).
- * Si usted sospecha algo raro de la situación, no se espere a averiguar qué pasa, haga algo de inmediato, es mejor verse exagerada o ridícula después a que le suceda algo por no tomar medidas preventivas.
- * Si presiente peligro, grite en voz alta "FUEGO", esto impacta y alarma más a la gente. No grite Violación o Auxilio (piense que si usted viera que atacan a alguien, difícilmente se metería a defenderla, no siendo así si usted cree que también esta en peligro). Corra a un sitio alumbrado y con gente que quede más cerca y entre en seguida.
- * Si la van persiguiendo rompa un vidrio de una ventana en lugar de tocar el timbre; si empieza a correr hágalo rápidamente y gritando todo el tiempo "FUEGO".
- *

ARMAS LEGALES COMO PROTECCIÓN Y DEFENSA

- * Las armas que pueda usted utilizar para defenderse, utilícelas si tiene la posibilidad y el tiempo para escapar.

- * Un cigarrillo encendido aplástelo en su cara.
- * Un limón de plástico, llénelo de cloro o con líquidos amoniacos, puede lanzarlo hasta 5 metros de distancia. Apunte siempre a los ojos, si se queda sin visión por un momento, usted tendrá tiempo de escapar. Si puede hacer lo mismo con latas de aerosol, o bien traiga a la mano una botella pequeña de perfume en spray.
- * Un anillo barato y pesado , si puede cómprese uno, llévelo por la parte más pesada hacia la palma de la mano y úselo para dar una fuerte bofetada.
- * Un paraguas, ponga una mano cerca del centro y la otra mano atrás. Úselo como bayoneta para darle en el cuello o en el estómago; también puede poner las manos en los dos extremos del paraguas y usarlo para empujar al asaltante en la cara o en el cuello.
- * Un alfiler de sombrero (fistón), llévelo en la mano bien apretado o prendido de la blusa, vestido o saco, agarrándolo con los los dedos, ráspelo por la cara o cuello del asaltante.
- * Los zapatos también en ocasiones pueden ser utilizados como arma legal, tomándolos por la parte de enfrente y tratando de golpearlo con el tacón.
- * Los cuadernos o libros en ocasiones s pueden ocupar para aventárselos y que pierda la visibilidad, o bien puede utilizar sólo una hoja de papel y usarla para la visión o para cortar.
- * Su bolso puede ser utilizado para dar golpes, pero será muy fácil que el asaltante se la detenga y se la quite, así que podría solo aventársela (posiblemente solo quería robarla y no violarla).
- * Los lápices pueden ser una arma, pero para utilizarlos deberá estar totalmente decidida a hacerlo, de no ser así podrían ser usados en su contra, lo mismo con plumas, agujas de tejer, llaves, corta uñas, navajas para el pelo, adornos, etc.
- * Si lleva un silbato, hágalo sonar en sus oídos fuertemente para distraerlo y darle tiempo a escapar.
- * No utilice armas punzocortantes u otros, si no esta totalmente segura de lo que hará, o si no ve posibilidades de escapar. Si esta decidida, haga lo que este a su alcance, per hágalo hasta el final, no se detenga, pues solo podría violentarlo más y podría matarla o herirla más profundamente.

DEFENSA CON SU CUERPO

- * Si usted estira los brazos para golpear, estos pueden ser agarrados por el agresor y usados para tirarla al suelo, por lo que si suelta un golpe, regrese rápidamente sus brazos.
- * Si el asaltante esta cerca de su cuerpo, use los codos para golpearle el cuello o el estómago y tomarlo así de sorpresa.
- * Cualquier golpe que de con los puños debe ser dirigido a la cara del asaltante, los ojos, las orejas, la nariz y la boca, así como a la boca del estómago o a los testículos, pero esto se hará con todas las fuerzas de las que disponga: son partes débiles y utilizando la fuerza lo agarrará desprevenido.
- * Si el asaltante esta muy cerca de usted no descarte la posibilidad de gritarle en los oídos y de usar sus dientes para dar una fuerte mordida en cualquier parte.
- * Si usted quiere usar sus pies para patearlo, no lo haga a cualquier parte del cuerpo del agresor - dirija la patada hacia las rodillas o la espinilla - así perderá el equilibrio y son

partes muy sensibles (si dirige la patada demasiado alta la que perderá el equilibrio será usted, o podría agarrársela o resbalarse).

- * No piense que siempre debe atacar los órganos sexuales, puesto que él se protegerá primero estos. Si tiene que golpearlo en los genitales, agarre con las manos y jale fuertemente, o bien de un puñetazo decidido a los testículos.
- * Girar de los cabellos o golpearlo con ambas manos sobre las orejas es efectivo.
- * La frente, las manos, los codos, las rodillas y los pies son sus armas más fuertes. No dude en utilizarlas, es importante que piense que no le puede estar sujetando el agresor todas las partes de su cuerpo.
- * Si usted esta en el suelo o parada y la tiene sujeta, pero usted tiene las manos libres, hunda sus dedos pulgares sobre los ojos, en la parte alta del párpado, junto a la nariz, esto lo desmayará por un momento y podrá escapar.
- * Si ha tomado de sus cabellos no lo suelte, el tratará de golpearla para que lo haga, pero si usted lo tiene sujeto y gira su cabeza, esto hará que lo tenga inmovilizado y pensar rápidamente como escapar.
- * Algo que es sumamente importante en la defensa, es que el arma más poderosa del atacante es el factor sorpresa, pues al atacar es algo que no se espera, por lo que si usted reacciona (que el atacante nunca se lo espera), esta usted utilizando la misma arma que él, por lo que lo descontrola y eso hará que tenga más oportunidades de escapar.
- * Manténgase en buen estado de salud, haga ejercicio continuamente, y si le es posible tome clases de Defensa Personal por algún profesor preparado, le ayudará todo esto dándole más seguridad de que ante un posible ataque, usted siempre pensará que hay algo que hacer.

SI YA OCURRIÓ EL ATAQUE

Si a pesar de haber tomado medidas preventivas y llevado a la práctica medidas de defensa que en ese momento pudo ejecutar, o la situación era irremediable por amenaza con arma o alguna otra forma, o usted desconocía todo lo anteriormente expuesto y sufrió un ataque sexual y decide denunciar en el momento:

- * No toque ni tire cualquier evidencia útil: huellas, pelos, objetos, ropa, sangre, semen, etc.
- * No se asee, bañe, ni realice ningún tipo de limpieza corporal.
- * No se cambie la ropa o la tire, ya que la ropa conserva huellas, pelos, secreciones, etc.
- * Guarde objetos que puedan servir como evidencia.
- * Busque ayuda, llame a un familiar o persona de su confianza para que la acompañen a la Procuraduría.
- * Después de la denuncia busque ayuda médica para prevenir infecciones, enfermedades o embarazo.
- * No persiga usted misma a los asaltantes, denúncielos y déjelo en manos de la Justicia.
- * Mientras llega a la Procuraduría, procure escribir lo que recuerde de lo sucedido.
- * No se sienta culpable por lo sucedido, solo usted sabe lo que sentía o pensaba en el momento.
- * No lo calle.
- * No tenga temor a denunciarlo sea quien sea el agresor.

* Presente su denuncia ante el Ministerio Público más cercano perteneciente al lugar donde ocurrió.

* O bien acuda a algún Centro de Ayuda para víctimas de violencia sexual e Intrafamiliar cercano a su domicilio, si le es posible acompañada de alguien de su confianza y con los objetos que puedan servir como evidencia.

* Acuda a recibir ayuda psicológica, es muy importante para su recuperación a corto, mediano y largo plazo; en algún Centro de Apoyo, Agencia Especializada o servicios privados, aunque esto tenga meses o años de ocurrido y ya no desee hacer denuncia legal.

VISION AL P.I.A.U.

¿En la trajo:																				
Familiar	Amistad	Vecino	Sola	Otro:																
¿o se entero del servicio:																				
Propaganda externa	Procuraduría	C.U.S.I.	Estudiantes	Otro:																
¿un familiar al que se le pueda solicitar apoyo:																				
Padre	Madre	Hermanos	Conyugue	Otro:																
DATOS DEL ATAQUE																				
Fecha:																				
Día:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Mes:	E	F	D	N	H	J	A	S	O	N	D	Año:
¿a qué hora:																				
0 a.m. - 12 a.m.	12 a.m. - 8 P.M.	8 P.M. - 6 a.m.	Lugar:	Escuela	Valdío	Casa de la víctima	Casa del atacante													
¿de qué calle:																				
Calle	Banco	Otro:	Municipio o Delegación:																	
Número de atacantes:																				
1	2	3	4	5	Más de 5															
Tiempo transcurrido desde el ataque:																				
1 - 7 días	1 - 4 semanas	1 - 6 meses	6 meses - 1 año	1 - 2 años	Más de 2 años															
¿cuánto tiempo ocurrió el ataque:																				
Horas	Días	Semanas	Meses	Años	Otro:															
¿Motivo:																				
Miedo	Desconfianza	Falta de información	Hegación de familia	Estado emocional o de salud	Otro:															
¿Tipo de ataque:																				
Abuso de menores	Incesto	Estupro	Tentativa de violación	Violación	Lesiones	Hostigamiento sexual														
¿Trato doméstico:																				
Actos libidinosos	Otros:																			
¿Tipo de relación sexual:																				
Genital	Oral genital	Anal	Oral	Uso de objetos	Intestación	Caricias sin penetración														
¿Tipo de violencia física:																				
No	Si leve	Si moderada	Si grave																	
¿Tipo de violencia moral:																				
No	Si leve	Si moderada	Si grave																	
¿Tipo de amenazas:																				
No	Si leve	Si moderada	Si grave																	
¿Tipo de armas:																				
No	Si	Funcocortante	Arma de fuego	Objetos	Herramientas	Lazo	Otro:													
¿Tipo de intimidación:																				
No	Si leve	Si moderada	Si grave																	
¿Tipo de engaño:																				
No	Si	Abuso de confianza:	No	Si																
¿Tipo de seducción:																				
No	Si	Violencia verbal:	No	Si																
¿Tipo de alcohol o drogas:																				
No	Si leve	Si moderada	Si grave																	
¿Tipo de presión moral:																				
No	Si leve	Si moderada	Si grave																	
¿Tipo de pornografía:																				
No	Si	Otro:																		
DATOS DEL ATACANTE																				
¿Conoció al atacante (s):																				
No	Si	Tipo de relación:	Amigo	Novio	Vecino	Familiar	Autoridad	Desconocido	Otro:											
¿Especifique:																				
Tiempo de conocerse:																				
Días	Semanas	Meses	Años	Nunca	Otro:															
¿Resultó dañado el atacante:																				
No	Si	Especifique:																		
¿ropa del atacante (s):																				
De vestir	Mezclilla	Pants	Sucia	Limpia	Uniforme	Casual	vaquera	traje	Otro:											
¿Complexión:																				
Muy Robusto	Robusto	Medio	Delgado	Muy Delgado	Veículo:	Marca:	Modelo:	Color:												
¿Estatura:																				
Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Aspecto físico:	Muy agradable	Agradable	Normal	Desagradable	Muy desagrad.										
¿Aseo:																				
Muy limpio	Limpio	Normal	Sucio	Muy sucio	Olor:	Alcohol	Leotón	Tincher	Tobacco	Mal aliento	Otro:									
¿Apodo:																				
¿Podría identificarlo:																				
Si	No	Podría situarlo:	Si	No	Edad aproximada:															
¿Escolaridad aproximada:																				
Analfabeto	Primaria inc.	Primaria com.	Secundaria inc.	Secundaria com.	Técnica inc.	Técnica com.														
¿Preparatoria inc.:																				
Preparatoria com.	Superior inc.	Superior com.																		
¿Ocupación aproximada:																				
Desempleado	Obrero	Comerciante	Estudiante	Técnico	Autoridad	Otro:														
¿Señas particulares:																				
Nariz:	Chata	Afilada	Recta	Aguilena	Pequeña	Grande														
¿Cabello:																				
Chino	Lacio	Quebrado	Negro	Cafe	Guero	Largo	Medio	Corto												
¿Boca:																				
Grande	Chica	Color de piel:	Blanco	Moreno	Muy Moreno	Guero	Otro:													

Ojos:	Grandes	Pequeños	Saltones	Rojos	Labios:	Grosos	Delgados
Lunares:	Cara	Errozos	Manos	Cuello	Cuerpo	Piernas	
Bigote:	Si	No	Barba:	Si	No		
el atacante para atacarla:	La tiro	La correteo	La apunto con pistola	La apunto con cuchillo	La abracó		
Le tapó la boca/otra:							
Uso el atacante:	Amenazo	Grito	Insulto	Explico	Converso	Otra:	
del atacante:	Dulgar	Educado	Acento tipico	Groserias	Otro:		
ales utilizo:	Eruscos	Normales	Caballerosos	Agresivos	Otro:		
esión tenía:	Tranquilo	Agresivo	Nervioso	Asustado	Sadico	Otro:	

DE LA VICTIMA

ería el día del ataque:	Muy recetada	Recetada	Normal	Provocativa	Muy provocativa	Arreglada	Sucia	Limpia
iba en algun vehículo:	No	Si	Marca:	Modelo:	Color:	Ruta:		
que cargaba:	Libros	Bolsas	Paraguas	abrigo	Monedero	Otras:		
oyas:	No	Si	De oro	De fantasia fina	De fantasia barata	Otras:		
o usted ante el ataque:	Corrio	Se paralizó	Obedeció	Peleo al inicio	Se fue todo el tiempo	Otra:		
o usted ante el ataque:	Grito	Convencio	Suplico	Rogo	Insulto	Regredio vertismente	Lloro	Otra:
otio o penso en el momento que la estaba violando:								

POSTERIORES AL ATAQUE

zo después:	Se vistio	Se fue a casa	A la policia	Con otra persona	Se baño	Se durmio	Se lo conto a alguien mas	
dijeron o que hicieron al saberlo:	Apoyarla	Comprenderla	Llorar	Ir a la policia	Ir al doctor	Preguntarle mas		
la:	Preguntarla	Pedir ayuda	Otra:					
mas lo sabe:	Padre	Madre	Hermanos	Compadre	Vecinos	Amigos	Hijos	Otros:
mas estuvo implicado en el ataque:								

ASPECTO LEGAL

denuncia legal:	No	Si	Cuando:	Inmediato	Despues	Durante terapia	Lo hara	
que:	Miedo	Desconfianza	No se lo permiten	Desinteres	Falta de informacion	No quiere que lo sepan		
guacion previa:			Municipio o Delegacion:			Hay detenido:	Si	No
e parte del proceso va:	Denuncia	Detencion	Identificacion	Audiencias	Careo	Sentencia	Juzgado:	
do:			Reclusorio:					
te hizo sentir el hecho de haber levantado la denuncia:	Enojada	Avergonzada	Culpable	Polor	Ansiedad	Resistencia		
Especifique:								

ASPECTO MEDICO

iones:	No	Si	Leves	Moderadas	Graves	Embarazo:	No	Si	Tiempo de embarazo:	Dias	Semanas	Meses	Especifique:
cciones genitourinarias:	No	Si	Leves	Moderadas	Graves								
r de cabeza u otra parte:	No	Si	Leve	Moderado	Grave								
gias:	No	Si	Leves	Moderadas	Graves								
os:	No	Si	Leves	Moderados	Graves								
ores aparato genital:	No	Si	Leves	Moderados	Graves								
stornos intestinales:	No	Si	Leves	Moderados	Graves								

Gravedad de peso:	No	Si	Leve	Moderado	Grave	
Cantidad de peso:	No	Si	Leve	Moderado	Grave	
Inicio:	No	Si	Leve	Moderado	Grave	
Condición física:	No	Si	Leve	Moderado	Grave	
Ataques:	No	Si	Leves	Moderadas	Graves	En que parte:

Relaciones sexuales anteriores al ataque:	No	Si	Pareja estable	Ocasional	Otro:	
Fecha de la última menstruación:			Control natal:	No	Si	Cual:

TEST PSICOLOGICO

Ataques anteriores al ataque por que ocurría:					
Número de atacantes:					
Que personas atacaban:					
Dónde:					
Que horas:					
¿Ha considerado la posibilidad de ser atacada:	Si	No			
qué:					

TEORIA VICTIMOLOGIA

Número de ataques:	1er. ataque	2o. ataque	3er. ataque	4o. ataque	Mas de 4 ataques				
¿Cómo le hace sentirse el hecho de haber sido atacada:	Triste	Sola	Insegura	Devaluada	Frustrada	Con miedo	Ansiosa		
¿Cómo se siente:	Rechazada	Deprimida	Otra:						
¿Ha considerado en suicidarse:	Nunca	algunas veces	Muy a menudo	Siempre	Lo ha pensado bien:	Si	No		
¿Cuáles son los medios para hacerlo:	No	Si	Especifique:						
¿Cómo lo haría:									
¿Estaría dispuesta a recibir ayuda de amigos o familiares:	No	Si	Todos	Padre	Madre	Novio	Conyugue	Amigos	Vecinos

CONSECUENCIAS

	No	A veces (1 x sem.)	Regular (3 por sem.)	General (5 por sem.)	Siempre (diario)
Emocionales, cognitivas y afectivas					
Obj:					
Co:					
Sadillias:					
Alpa:					
Argüenza:					
Inseguridad:					
Baja autoestima:					
Obsesión respecto al ataque:					
Distorsión:					
Impotencia:					
Autoconcepto negativo:					
Autolesión:					
Autodestrucción:					
Deseos de morir:					

Emociones, cognitivas y afectivas	No	A veces (1 x sem.)	Regular (3 por sem.)	General (5 por sem.)	Siempre (diario)
Medo:					
Hostilidad hacia hombres:					
Sentimientos de enojo u odio:					
Sentimientos de venganza:					
Inconfianza hacia los hombres:					
Preocupación por opinión de otros:					
Actitudes negativas:					
Ansiedad:					
Confianza:					
Resentimiento:					
Reacciones repentinas:					
Generalización:					
Desconfianza:					
Temor a estar sola:					
Temor a salir de noche:					
Temor a lugares cerrados:					
Temor a lugares abiertos:					
Temor a sentir que la siguen:					
Temor a ser nuevamente violada:					
Temor a los hombres o a extraños:					
Temor a personas con autoridad:					
Temor a quedarse sola en autobús:					
Temor a caminar sola de día:					
Temor a caminar sola de noche:					
Temor a viajar sola en noche o día:					

Complete las frases: (cuando ahora pienso en lo que sucedió me doy cuenta de que yo debería:)

¿Para qué esto pasó (ataque) yo:

RELACIONES INTERPERSONALES

Describa su relación interpersonal a partir del ataque:	Describa su relación interpersonal a partir del ataque:					
	Satisfactoria	Aceptable	Conflictiva	Indiferente	Sin cambios	Con cambios
Padres:						
Hermanos:						
Amigos:						
Compañeros de trabajo:						
Vecinos:						
Vecinos:						

ente cerca de su familia: Muy cerca | Moderadamente cerca | Neutral | Distante | Muy distante | Otro:

e que le hace daño a:

tuvo de familiares y amigos: Desintegración | Rechazo | Peleas | Unión | Comprensión | Apoyo | Desinterés | Regaños | Insultos | Golpes | Abandono físico | Abandono emocional | Culpa | Sobreprotección | Ira | Contra quién:

tuvo: No | Si | De quién: Familia | Amistades | Terapeuta | Legal | Otras:

respuesta obtuvo de: Padre: | Madre: | Hermanos:

Conyugue: | Amigos: | Hijos:

Parientes: | Conocidos: | Otros:

problemas con amigos por el ataque: No | Si | Con quién:

problemas con familiares por el ataque: No | Si | Con quién:

PROBLEMAS

Problemas en la relación sexual:	No	Si	Sin cambios	Disminución	Aumento	Buenas	Regulares	Malas	Otro:
Frecuencia:									
Satisfacción:									
Desireo:									
Intensidad:									
Orgasmo:									
Memorias retrospectivas (coito):									
Intensidad de orgasmo:									

PROBLEMAS CON LA PAREJA

obtuvo de su pareja a partir del ataque: Rechazo | Peleas | Unión | Desintegración | Comprensión | Apoyo | Desinterés | Ira

culpabilización | Alejamiento | Incomprensión | Abandono | Otra:

PROBLEMAS ECONOMICAS

Problemas económicos:	No	Si	Leves	Moderados	Muchos	Otro:
Problemas médicos:						
Problemas legales:						
Problemas de transporte:						
Problemas de vivienda:						
Necesidad de préstamos:						

PROBLEMAS LABORALES

Problemas laborales:	No	Si	Sin cambios	Otro:
Producción del trabajo:				
Cambio de horario:				
Necesidad de faltar:				
Capacidad:				
Intensidad de trabajo:				
Problemas con compañeros:				
Problemas con jefes:				
Problemas con el trabajo:				

RES

asistir:	Si	No	Sin cambios	Otro:
calificaciones:	Si	No	Sin cambios	Otro:
aciones:	Si	No	Sin cambios	Otro:
mas con compañeros:	Si	No	Sin cambios	Otro:
de atención:	Si	No	Sin cambios	Otro:
mas de concentración:	Si	No	Sin cambios	Otro:
tas agresivas:	Si	No	Sin cambios	Otro:
do:	Si	No	Sin cambios	Otro:

TUALES

s en lo siguiente:	No	Si menos	Si mas	Sin cambios	Otro:
s de aseo:					
s de sueno:					
s de alimentacion:					
o de tabaco:					
o de alcohol:					
o de drogas:					
de medicamentos:					
encia de t.v. o radio:					
encia hacia alguien:					
o de número telefonico:					
to de trabajo:					
idades de esparcimiento:					
o de domicilio:					

de suceder el ataque estaba: Ahora que sucedio el ataque estoy:

Muy satisfecha con mi vida.
Moderadamente satisfecha.
Bastante satisfecha.
Poco satisfecha.
Insatisfecha.

es eran sus actividades preferidas:	1.	2.	3.	4.	5.								
ambiado por el ataque:	Si	No	De que manera:	Dejo de hacerlo	Lo hace mas	No le interesa	No tiene tiempo						
En la actualidad cual es la persona mas importante en su vida:													
ceso del ataque le impide alcanzar un proposito importante en su vida:								No	Si	Cuál:			
do necesita ayuda o quiere hablar con alguien; se pone en contacto con otras personas?:								No	No me gusta pedir ayuda				
e pongo en contacto con:								y/o					
								y/o					
								y/o					
realizado intentos anteriores para solucionar su situacion:								Si	No	Cuales:			
resultados obtuvo:								Muy buenos	Buenos	Regulares	Malos	Muy malos	Otro:

