

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA

TERAPIA BREVE COGNITIVO
CONDUCTUAL DEL ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO EN VICTIMAS
DE VIOLACIÓN

MYRNA LISSELL ROMERO TOVAR

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR: LIC. PATRICIA DE BUEN RODRÍGUEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA

2006



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.

DEDICO ESTE TRABAJO A:

Todos aquellos profesionistas que con su saber, su tiempo, dedicación, compromiso y amor a lo que hacen, han aportado cambios radicales a favor de la víctima de violación, cambios que significan " romper con el silencio "

Por su lucha inagotable para exigir una sociedad equitativa, donde su pueda confiar y pedir justicia.

A la LIC. PATRICIA DE BUEN RODRÍGUEZ por aceptar ser
mi directora de Tesis, por aportar sus conocimientos,
por sus sugerencias y sobre todo por confiar y apoyar
este proyecto.

Al LIC. JOSÉ LUIS SÁNCHEZ GAMEZ por su
Paciencia, su dedicación y apoyo en la elaboración
De este trabajo, sin su apoyo esto no sería posible.

Al LIC. VICTOR VAZQUEZ VALENZUELA

Por ser el eje en este proyecto, por su aportación de conocimientos
pero sobre todo por el tiempo que me dedico a pesar de los obstáculos
que se presentaron.

A LIC. KARINA TORRES MALDONADO
MTRA. TERESA GUTIÉRREZ ALANIS y
LIC. JOSÉ MÉNDEZ VENEGAS
por sus sugerencias, conocimientos y apoyo

A ti, que sé que existes, nunca te he visto pero

He sentido tu amor, tu luz y guía.

A ti que siempre has estado en los momentos difíciles

Por que me das fuerza para concluir y seguir adelante.

GRACIAS DIOS.

*A mis PADRES: por que
siempre han creído y
apoyado lo que soy y quien
soy.*

*Por su amor incondicional,
por sembrar en mí esos
valores, que hacen que
ustedes sean para mí, lo que
con palabras no puedo
expresar. Los AMO*

A JOSUÉ: Por ser la luz que me guió cuando estaba

en la oscuridad, por que has sacrificado tus propias

necesidades y tiempo para apoyarme, por que con tu existir

contribuyes a que hoy sea una mujer mas plena.

Te quiero Hijo.

*A ti tía ROSA, por ser mi madre
no por azar, sino por elección, por que me
has dado todo tu amor, apoyo, comprensión,
por estar siempre aquí, por que has motivado
a que siga adelante. Te Quiero mucho.*

*A Ti: tengo tanto que
agradecer, entre ellas, el que
forzaras a que concluyera lo
que había iniciado, por creer
en mí, gracias por ser una
parte muy importante en mi
vida, por ser parte de lo que
hoy soy.*

*A Pablo: Por tu paciencia, tu apoyo
por creer en mí, por que me has enseñado a*

*Amar nuevamente, por que respetas mi ser, por
que ser feliz a tu lado es muy fácil y
sobre todo por ser tu mismo. TE AMO*

*A Edgar, Paco y Norman:
por que cada uno de ustedes representa
algo muy especial en mi vida, por que como hermanos
siempre hemos estado juntos apoyándonos,
por que los quiero por ser quien son.*

*A mi Tio Humberto, Tia
Conchita y primos:
Por su apoyo, amor, por
formar parte de esta gran
familia, por que son parte
esencial en mi vida.*

*A Lau y Raúl:
Por ser la hermana ideal, por que*

*tu presencia me hace sentir apoyada,
segura y amada. Por que han creído en mí,
en mí trabajo y en lo que soy.*

*A Rocío, Ale y Nancy por que han contribuido
a que concluyera esta parte importante como
profesionista, por que en este ambiente tan difícil,
me han enseñado a parte de sus conocimientos y
experiencias que sí pueden existir las amigas.*

*A Raúl, Carlos y Alma por
que hemos compartido tanto,
por que me han apoyado en
este trabajo, en mis pérdidas
y crecimiento,
por que pese a las
circunstancias
hoy se concluye, lo que
empezó*

*A ti Yissell por ser una guerrera invencible,
por no darte por vencida, por que pese a los
obstáculos y caídas has logrado lo que te propones .*

INDICE	PAGINA
INTRODUCCION	5
CAPITULO I	
VIOLENCIA SEXUAL	5
1.1 VIOLACIÓN A TRAVÉS DE LA HISTORIA	
1.2 MITOS Y REALIDADES EN TORNO A LA VIOLACIÓN	15
1.3 LA VIOLACIÓN SEXUAL	22
1.3.1 DEFINICIÓN DE VIOLENCIA SEXUAL	
1.3.2 TIPOS DE VIOLENCIA SEXUAL	23
1.3.3 VIOLACIÓN	24
1.3.4 TIPOS DE VIOLACIÓN	28
1.3.5 PERFIL DE LA VICTIMA	31
1.3.6 PERFIL DEL AGRESOR	33
1.3.7 CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLOGÍAS DEL VIOLADOR	34
1.3.8. CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD DEL VIOLADOR	36
1.3.9 TIPOS DE DELINCUENTES SEXUALES	37
1.4.1. REPERCUSIONES A NIVEL MEDICO	39
1.4.2. REPERCUSIONES A NIVEL PSICOLÓGICO	44

CAPITULO II	SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	49
	2.1 TIPOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	60
	2.2. COMORBILIDAD DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	61
	2.3. ETIOLOGÍA DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	62
CAPITULO III	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	
	3.1. DEFINICIÓN	
	3.2. PRINCIPIOS GENERALES	
	3.3. LINEAMIENTOS BÁSICOS	
	3.4. TIPOS DE TÉCNICAS UTILIZADAS EN TERAPIA C-C	
	PLANTAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	
	ANÁLISIS DE RESULTADOS	
	DISCUSIÓN	
	CONCLUSIÓN	
	REFERENCIAS	

INTRODUCCIÓN:

La violación es un fenómeno social determinado por múltiples factores que difícilmente pueden ser separados para ser analizados y comprender así la naturaleza del evento. La violación constituye la máxima expresión de violencia contra la integridad de una persona en la que no se respeta el género, edad, etnia o religión.

En investigaciones antropológicas se ha reconocido la existencia de factores socioculturales que propician las agresiones sexuales

- Las culturas que presentan un sistema de dominación de género contribuyen a la desigualdad tanto social como sexual.
- La violación no es un acto para lograr la satisfacción de un impulso físico o instinto natural, sino más bien busca lograr el poder, control y sometimiento de una persona, esto como resultado de un acto cultural.

La falta de conocimiento sobre este fenómeno ha impedido que se le otorgue la atención adecuada, lo que contribuye a generar creencias erróneas sobre su causalidad, creando una serie de mitos en torno a la violación. Mitos que a nivel sociocultural minimizan la responsabilidad del atacante y responsabilizan a la víctima de la agresión, actuando como una “orden del silencio” afirmación de inexistencia, esto reafirma que no hay nada que decir, ni ver, ni saber. Este razonamiento lo podemos ver reflejado en la mínima cantidad de víctimas que se atreven a denunciar el delito y la gran cantidad de víctimas que buscan el apoyo psicológico pero que no se atreven o atrevieron a denunciar el hecho.

Las consecuencias de una violación en el terreno médico y psicológico pueden ser muy amplias y de gran importancia, ya que pueden llegar a determinar el nivel del impacto de la violación, estas consecuencias abarcan todo tipo de lesiones físicas, embarazos no deseados (1% al 5 %), enfermedades de transmisión sexual, SIDA etc.

El daño psicológico ocasionado a una víctima de violación presenta respuestas generalizadas entre las víctimas y cuya duración y severidad dependen de las características particulares de cada una de ellas.

Estas secuelas han sido atendidas por los expertos en psicología bajo diversos enfoques, enfoques que pueden ser funcionales, sin embargo la propuesta de este trabajo es la elaboración de un manual de tratamiento a víctimas de violencia sexual, este manual esta basado en el enfoque cognitivo conductual ya que cuenta con las herramientas necesarias para que una víctima de violación pueda poner fin a su malestar psicológico en un periodo breve, este enfoque tiene en cuenta la función que tiene el contexto social como factor contribuyente al significado que los individuos atribuyen a los sucesos, introduciendo el concepto de esquema como forma de entender las posibles distorsiones que se pueden producir cuando un individuo interactúa con el medio.

La estructura del manual es el tratamiento de la víctima dividido en doce sesiones de trabajo, con esto no se da por hecho que estamos hablando de doce horas de trabajo, las sesiones se extienden a trabajo en casa por lo que la paciente esta en constante trabajo con sus propias emociones y creencias generadas por la violación, en todas y cada una de las sesiones de trabajo se utilizan técnicas Cognitivo- Conductuales como son el ABC, CASIC, relajación, de sensibilización Sistemática, inducción a crisis etc.

Los temas que se trataran en cada una de las sesiones son los siguientes:

- 1)Introducción y educación.
- 2)El significado del evento.
- 3)Identificación de pensamientos y sentimientos.
- 4)Recordando la violación.
- 5)Identificación de puntos de conflictos.
- 6)Preguntas estimulantes (confrontación).
- 7)Modelo de pensamiento defectuoso.
- 8)Puntos de seguridad.
- 9)Puntos de confianza.
- 10)Problemas de control y poder sobre el evento.
- 11)Problemas de estima.
- 12)Asuntos de la intimidad y significado del evento.

Es sin duda para la autora de este trabajo de gran importancia que el tratamiento en víctimas de violación se encuentre estructurado, ya que varios profesionistas en sicología sin tener experiencia en la atención a víctimas de este delito, aceptan los casos sin saber que posiblemente en lugar de ayudarlas, confirman sus creencias de que son responsables por la agresión sufrida, por ello aparte de la preparación a nivel profesional, debe de existir un trabajo personal, un trabajo de sensibilización y exploración respecto a nuestras propias creencias respecto a la violación, de no ser así corremos el riesgo de engancharnos en los casos que estamos atendiendo.

Otra necesidad que genero la elaboración de este manual, es que en la practica profesional dentro de instituciones de gobierno se encuentra uno con un sin fin de limitantes que interfieren en la adecuada atención a victimas de

este delito, como son: espacio inadecuado, saturación de pacientes, métodos diversos de atención, economía y tiempo de las pacientes para trasladarse a recibir su atención psicológica, que las pacientes no obtengan cambios significativos en corto tiempo, ya que por el manejo de diferentes enfoques la modificación de secuelas puede llegar a ser muy lenta.

Es importante que más profesionales en psicología nos especialicemos en un área de atención, que nos preparemos para realmente dar calidad y apoyo en la resolución de secuelas presentes, conocer que es lo que estamos haciendo y como lo estamos haciendo.

Espero que este manual de apoyo pueda ser utilizado como guía para la atención en víctimas de violación y sea realmente de utilidad para los que les interese trabajar en el campo de la violencia sexual.

CAPITULO 1. VIOLENCIA SEXUAL

1.1. LA VIOLACIÓN A TRAVÉS DE LA HISTORIA

La violación es un fenómeno social determinado por múltiples factores que difícilmente pueden separarse para ser analizados y comprender así la naturaleza del evento. Asimismo, constituye la máxima expresión de violencia sexual cometida en contra de las personas sin respetar ni distinguir género, edad, etnia, religión, límites, fronteras geográficas y / o momentos históricos (Trujano.1992).

Contra lo que suele pensarse, este fenómeno no es un problema reciente que afecta a la sociedad en general, sino es un hecho que desde siempre ha existido y que tuvo su origen al parecer al mismo tiempo que inicio la humanidad. Por lo que es importante intentar conocer cuándo y cómo se ha ido desarrollando a través del tiempo, para comprender por qué sigue existiendo aún en nuestros días.

Martínez, Rodríguez y Zarate (1988) afirman que en los inicios de la humanidad, el hombre primitivo se tuvo que adaptar a la satisfacción de sus necesidades mediante la lucha por su supervivencia, ya que tenía que protegerse no sólo de las inclemencias del tiempo, sino también de los animales que le disputaban su comida y su territorio, por lo que el ser humano recurrió a la agrupación como una forma de buscar su protección, dándose así los principios de la socialización.

Más adelante las necesidades de la división del trabajo dieron como resultado que el hombre, por sus características físicas, se dedicara a las actividades “más pesadas”, asumiendo un rol activo y de dirigente, mientras que la mujer fue adoptando un rol pasivo, que implicaba menos esfuerzo físico.

Posteriormente en el transcurso de este proceso social encontramos el surgimiento de la propiedad privada, con lo que se da un intercambio en las relaciones humanas; en esta etapa el hombre tiene que luchar y competir contra otros individuos para lograr un mayor estatus social, así como también buscar la unión con una mujer para relacionarse sexualmente, ya que ésta, al surgir la propiedad privada, era vista como “ un objeto de posesión”.

Surge la necesidad de la fuerza de trabajo para cultivar la tierra, cuanto más grande fuera la fuerza de trabajo, mayor sería la riqueza en productos y rebaños, lo que llevó a que se dieran luchas por tener mas riquezas. Estas luchas condujeron primero a la violación de las mujeres y más tarde a la esclavitud de los hombres conquistados, donde las mujeres se transforman en esclavas (Serrano, 1984).

De esta manera la mujer fue desvalorizada socialmente, aunado a esto la tradición antigua entre los pueblos guerreros en donde se estipulaba que el vencedor podía causar la muerte o la posesión (violación de la mujer), incrementándose todo tipo de actos violentos bajo circunstancias de guerra y que podían compararse con el robo y el saqueo llevado a cabo en la ciudad vencida, por lo que se observa que en este momento histórico se realizaba la violación como un tributo guerrero.

En las luchas de los pueblos antiguos como los griegos, era un hecho común que entre los saqueos que hacían a las comunidades vencidas se

poseyera sexualmente a sus mujeres como una forma de mostrarse superioridad.

Desde el siglo X a/C, en la Iliada, obra de Homero, que es el trabajo literario más antiguo producido por la civilización occidental, se hace mención al “ rapto” de una mujer, Helena. En el consejo Troyano, París, argumenta para no regresar a Helena a los griegos:

“Dijo le en respuesta al rey Argamenòn, aunque seas valiente, deiforme Aquiles, no ocultes tu pensamiento, pues no podrás burlarme ni persuadirme. ¿ Acaso quieres, para conservar tu recompensa, que me quede sin la mía, y por esto me aconsejas que la devuelva? Pues si los magnánimos Aqueos me dan otra conforme a mi deseo para que sea equivalente y si no me la dieran, yo mismo me apoderaré de la tuya o de la de Ajax, o me llevare la de Ulises, montaré en cólera a aquel a quien me llegue”

Esto es Troilus y Crecida, versión de Homero en la Iliada (Homero, 1982) Este párrafo nos da diversas interpretaciones que a través de la historia da perspectivas interesantes sobre el contexto cultural de la violación y el valor de la mujer como objeto.

Esta tradición sobre la mujer, además como posesión del hombre, valorada por su disponibilidad sexual, sigue influyendo en el contexto cultural de la violación (Mc. Combie, Sh., 1980: Rolb en Olvera 1987), señala que “ en ciertas culturas, las mujeres fueron ofrendadas en una primera instancia a los Dioses y a la naturaleza para apaciguar sus fuerzas, Posteriormente, este acto de ofrecimiento se convirtió en un rito de desfloración de las mujeres vírgenes, que debía ser efectuado por una persona de carácter sagrado (el

sacerdote o brujo de una tribu) ya que ello constituía el quebramiento de un estado físico – mágico .

Por otra parte, en las antiguas leyes babilónicas se planteaba que la persona que violara a una joven debía ser presentada y castigada, entonces la ofendida se consideraba inocente, o en igual forma se consideraba violación si la agresión ocurría fuera de las murallas de la ciudad, pues así no se le podía prestar auxilio, y si la víctima era una muchacha virgen y no comprometida, se le obligaba a casarse con el agresor; sin embargo, si la violación era en una mujer casada, se le consideraba culpable, y era vista como adúltera, además de apedreada junto con su atacante hasta la muerte (Master, Jonson y Kolodny, 1987; Martínez, Rodríguez y Zarate, 1988; Ramón y León, 1991).

En el pueblo asirio sucedía que se aplicaba la “ Ley del Taliòn ”, por lo que el padre de una joven podía violar a su vez a la esposa del ofensor.

En la sociedad hebrea aparece la religión como una forma de control que incluye la sanción moral a las actividades de tipo sexual que se manifestaban en el matrimonio.

En los años posteriores existía el señor feudal o rey del castillo y siervos que estaban bajo la protección de éste a cambio de sembrar sus tierras, aunque mucha de esta protección incluía ciertos derechos al señor feudal, entre los que se hallaba el derecho sexual de las mujeres de sus súbditos, siendo común en esta época que cuando alguno de sus siervos contraía nupcias, el señor feudal podía tener antes relaciones sexuales con la desposada (derecho de pernada o el Jul Primae Noctis).

Con el tiempo se propuso que hubiera una indemnización que sirviera como pago a la mujer que hubiera sufrido este atentado, y como castigo para

la persona que hubiera cometido o que ejerciera daño en el cuerpo de una mujer, siempre y cuando ésta fuera virgen, si existían otras condiciones en ésta, la ley no se aplicaba.

A finales del siglo XIII empezó un progreso con respecto al acto de violación desde el punto de vista jurídico, ya que se castigaba al violador por medio de una multa, y se intentaba reparar los daños que sufriera la víctima por este atentado, sin importar si era virgen o no. En 1275 se promulgó el primer estatuto de Westminster, en el que se definía el castigo por violación con dos años de prisión y un pago que establecía el rey.

Todo hombre que violara a una mujer casada, dama o damisela sin su consentimiento, era culpable de felonía para la ley de la corona y el castigo era la muerte (Brownmiller, 1981).

Antes de la revolución francesa se tenían jerarquías sociales por el feudalismo, por lo que sus deseos y voluntad eran las leyes que regían en esta época, circunstancias que intensificaban el hecho de la violación hacia las mujeres; si éstas eran del agrado del rey Luis XVI, hacia que se le recompensara económicamente a la familia de la joven raptada, era llevada al castillo del rey aún en contra de su propia voluntad, siendo esto una violación, con abuso de poder; después de ser usada por el rey, si la ofendida, no regresaba a su hogar, por sentirse humillada o rechazada, era compensada uniéndola en matrimonio con un noble de la Corte real, situación que le aseguraba sustento económico y una jerarquía dentro de la nobleza francesa.

Cuando a alguien se le acusaba de violación, y se le encontraban los elementos necesarios para detenerlo se procedía a hacerlo, siendo estos elementos aportados principalmente por la ofendida o caracterizándose por una narración de los hechos para demostrar que no había ocurrido alguna

acción por parte de ella a favor de este tipo de acto, por lo que sí se encontraban las pruebas para castigarlo, se le condenaba a morir en el cadalso, frente al pueblo y durante su camino al patíbulo, el violador era desnudado desde la prisión hasta la horca, le cubrían solamente su rostro con una capucha, le ponían una soga al cuello, con las manos atadas a la espalda, lo insultaban, le gritaban y ofendían, esto por gran parte del pueblo, que acudía a presenciar la ejecución, ya que repudiaba al prisionero, debido al tipo de delito que había cometido.

Así, la ideología impulsada en la época de la Ilustración con personas como Camille, Desmourtis y Danton entre otros, agregando los ideales de los iluministas y los enciclopedistas como Rousseau y los Voltaire, siendo apoyada como estandarte de Libertad, Igualdad y Fraternidad que incrementan el valor de los derechos Humanos, que trae como consecuencia que haya modificaciones tanto en los derechos de los ciudadanos como a las sanciones que se marcan a los diferentes delitos, todo esto desde un enfoque Humanista (Martínez, Rodríguez y Zarate, 1988)

Dichos autores mencionan también como se ha dado la violación durante las guerras y dicen que en la Primera Guerra Mundial el acto de violación tuvo un lugar sobresaliente.

En Francia y Bélgica aparte del saqueo, se dio la violación a las mujeres de las aldeas. Las violaciones fueron tan significativas durante la Primera Guerra Mundial, que esto quedó señalado por los países con una característica negativa hacia el pueblo Alemán, ya que fue el principal victimizador.

Estas violaciones ocurridas durante la Primera Guerra Mundial, no tienen que ver con la hostilidad hacia las mujeres, sino que el objetivo al

perpetrarlas era desestabilizar emocionalmente al enemigo durante la batalla.

Al final de la Primera Guerra Mundial se realizaron estudios para separar la ficción de la realidad, desmintiendo las fantasías creadas, como por ejemplo, que a los niños, los soldados les cortaban las manos para que cuando éstos fueran mayores no pelearan contra ellos, sin embargo el acto de la violación y en particular a las mujeres violadas, se les trató de restar credibilidad, debido a que es fácil de invocar, y mas difícil de probar, al igual que es mas fácil de desmentir.

En la Segunda Guerra Mundial imperó el fascismo, que exacerbaba los valores masculinos de la sociedad pregonando que el hombre debería de ejercitarse para la guerra y la mujer para la satisfacción y el goce del luchador. Hitler comentaba que las masas son particularmente femeninas, por lo que él, no las convencía a través de sus discursos, sino que las conquistaba realizando una violación psíquica; asimismo, también utilizaba la violación física como forma de aniquilación que constituía la máxima humillación hacia las naciones que consideraba inferiores, luchando por otra parte por la creación de una raza Aria, una raza superior que se identificaba con la supremacía masculina; tales eran las ideas de los nazis (Martínez, Rodríguez y Zarate; 1988).

Cuando el ejercito alemán se aproximaba a una aldea polaca o rusa, el esquema de la primera fase violenta era saquear los hogares judíos, escogían a las mujeres judías para torturarlas y violarlas frente a sus padres.

Existen documentos en los que se muestra la utilización de la violación como un arma de terror en las poblaciones, explicando que no

únicamente las mujeres judías fueron violadas por él ejército alemán a su paso.

En 1937 los japoneses invadieron la capital de China, realizando actos contra los habitantes, que incluían una violencia deliberada como crímenes, saqueos y violaciones masivas manejadas fríamente.

En el primer mes de invasión de Japón, hubo 20,000 casos de violación; en toda la población fueron violadas muchas mujeres que se encontraban en un rango amplio de edad, desde niñas hasta mujeres de edad avanzada, la violación, los asesinatos e incendios deliberados siguieron durante más de seis semanas después de la toma de la ciudad.

Durante la Segunda Guerra Mundial surge una posición evidente con respecto a la violación. Más de tres cuartas partes de las violaciones tuvieron lugar durante las ocupaciones y no durante las guerras en sí mismas (Martínez, Rodríguez y Zarate; 1988). Esto nos indica que la violación sigue presentándose independientemente de que haya pequeños recesos o treguas durante la guerra, o bien, en tiempos de paz, aunque se da en menor escala.

Se tiene información que en Bangladesh, bajo el gobierno de Sheikh Mujibur Arman se llevaron a cabo varias violaciones por parte del ejército de Pakistán sobre las mujeres bengalíes, durante la guerra contra el gobierno de Indira Gandhi, donde la castidad de una mujer era muy preciada, y como justificación a los actos de violación, el gobierno tachaba a estas mujeres de heroínas, mas no así, el pueblo que las repudiaba, al igual que a la familia de la misma.

Existen relatos acerca de cómo camiones llenos de soldados pakistaníes y sus mercenarios se arrojaban durante la noche en las

aldeas, acorralando a las mujeres por la fuerza, siendo algunas violadas en el mismo emplazamiento y otras llevadas a los cuarteles militares; se comentaba también, como eran violadas y decapitadas frente a su familia y ejecutadas después.

En un principio las relaciones sexuales obtenidas por la fuerza carecieron de importancia para el gobierno, sin embargo, por el número exorbitante pronto corrió la noticia en el mundo. Se tenía información de más de 20,000 mujeres bengalíes violadas por los soldados pakistaníes durante los nueve meses que duró la guerra (Martínez, Rodríguez y Zárate.1988)

Las violaciones en masa eran las más frecuentes debido a que era más difícil que un soldado se atreviera a atacar a una mujer, si este se encontraba solo, siendo esta la razón por la que desde seis hasta cincuenta soldados atacaran sexualmente a una víctima.

Al término de la guerra fue tal la cantidad de mujeres violadas que el gobierno hizo una campaña concediendo dotes a las que aceptaban. Se descubrió una epidemia de enfermedades venéreas y el conflicto más grande fue el embarazo que en la mayoría de los casos acabó en aborto y en la muerte de la madre (Martínez, Rodríguez y Zárate, 1988).

También, al término de la guerra expertos trataron de dar una explicación al porqué de las violaciones en masa, Esta explicación se basa en que los soldados, para no pensar en lo que estaba sucediendo y en que posiblemente el día de mañana iba a morir, pensaba mejor en pasarla bien; mujeres, sexo, comida y vino. La historia de Bangladesh fue importante por ser la primera en la que se tomó en cuenta la violación de las mujeres durante la guerra.

Del mismo modo, los veinte años que estuvo Estados Unidos en la guerra de Vietnam fue un periodo de violaciones, no realizar violaciones lo consideraban como un error político, y los norteamericanos y los Vietnamitas seguían actuando con conductas, pues creían que conquistar un lugar, les daba derecho a utilizar a sus pobladores.

En la actualidad el panorama no ha cambiado, las guerras siguen manteniendo ese matiz pues al ir ganando terreno y arrasando con todo a su paso, la violación sigue siendo muestra de poder, ya que esta implica el sometimiento de los débiles (principalmente mujeres) por parte de los fuertes. Un ejemplo reciente, fueron las mujeres musulmanes violadas en Yugoslavia.

Así, podemos observar como históricamente la violación a estado presente a través de la humanidad, y como la guerra resulta el pretexto ideal para incrementar el abuso sexual de la víctima, mayoritariamente mujeres, y en un ambiente en el que la tensión, la cercanía a la muerte y la flexibilidad de las normas, entre otras son circunstancias aprovechadas para el ejercicio del poder.

Morrison (en Mc. Combie , 1980) traza otra idea sobre el pasado cultural y es que la mujer es importante en tanto es símbolo del poder masculino y da al hombre estatus sobre sus iguales, pero esto no tiene nada que ver con la relación en sí del hombre y de la mujer. Nuevamente su valor no se juzga intrínsecamente, si no a través de otros, sobre la base de la cantidad de poder o estatus del dueño.

Por otra parte, con respecto a lo anteriormente mencionado, los aspectos más importantes, aparecen primero en el pasado cultural con la relación hombre-mujer y se proyectan de varias formas al presente, estas ideas se basan esencialmente en la noción de que la mujer es inferior al

hombre, por naturaleza menos que él (Kolodny,1983, Mc. Combie , 1980, Master y Jhonson 1976) valorada por su disponibilidad sexual, este concepto sigue influyendo aun en nuestros días, en la sociedad, al igual que el concepto “la mujer ha encontrado su valor y su lugar en la sociedad a través de la valoración del hombre”.

Los aspectos socioculturales en el que se desarrollan la violación, si bien no se ha estudiado de manera suficientemente la naturaleza social de la violación, en las investigaciones antropológicas se han reconocido la existencia de factores socioculturales que propician las agresiones sociales:

a) Las culturas que presentan un sistema de dominación de género contribuyen a la desigualdad tanto social como sexual. b) En este sentido, se ha señalado que la civilización ha sido la que ha creado y fomentado la violación, lo cual queda reforzado con la ausencia de este acto entre los animales, por lo que se reconoce que la violación no se realiza por la búsqueda de la satisfacción de un impulso físico o necesidad sexual, sino más bien de un acto cultural.

La falta de conocimientos socio antropológico de esta agresión sexual ha impedido que se le otorgue la atención adecuada y ha contribuido a crear creencias erróneas sobre su causalidad creando una serie de mitos en torno a la violación y a su víctima, en los que se ven inmersas la mayoría de la sociedad.

Como consecuencia de este desconocimiento o mitos creados, también se han hecho falsas apreciaciones acerca de los violadores, señalando que se trata de enfermos mentales y que, en todos los casos, entre otros el agresor es un desconocido, entre otros aspectos. A continuación mencionaremos algunos de los mitos más comunes de la

población recopilados por una serie de autores, haciendo referencia por lo consecuente con su realidad.

1.2. MITOS Y REALIDADES EN TORNO A LA VIOLACIÓN.

1) "La violación es resultado del deseo sexual".- En realidad, el hombre es impulsado a cometer una violación no por el deseo sexual, si no que a través de esta manifiesta una serie de necesidades que no son 100% de índole sexual, mas bien suele incluir sentimientos de ira, poder y enojo. Al parecer, en la violación el hombre encuentra una forma de descargar energías que había reprimido y acumulado(CAMVAC, 1985; Dowdeswell, 1987; Hercovigh. 1989; Lena y Howard. 1991).

2) "La mayoría de las violaciones son provocadas por la mujer".- Según los estudios realizados, es muy bajo el porcentaje de violaciones informadas en donde un comportamiento por parte de la víctima que haya precipitado la violación. Aunque algunas personas pueden considerar una provocación hasta un gesto o mirada (Rebolledo y Soto. 1988), si siguiéramos un razonamiento similar, se podría decir entonces, que los bancos provocan los asaltos bancarios, ya que incitan a los asaltantes con el hecho de tener dinero. Este mito supone que los hombres no tienen responsabilidad y en esencia es la mujer la culpable de los impulsos sexuales y/o agresivos de los hombres, sin embargo la persona que es robada no es acusada de haberlo pedido.

3) "No me podría suceder a mí".- En realidad todas las mujeres, hombres, niños, niñas, son víctimas potenciales de ser violadas; Individuos

de cualquier edad, raza, clase social, etnia, religión, ocupación, educación o cualquier descripción física (CAMVAC, 1985).

4) "No es posible violar a una mujer adulta en contra de su voluntad".-

En realidad desde luego que es posible tener un contacto sexual con una mujer adulta sin su consentimiento. Ya que un pené erecto es capaz de penetrar cualquier abertura de una mujer, especialmente cuando además se profieren amenazas o se usa la violencia o las armas (Banchs, 1991).

5) "La mujer puede evitar la violación se pelea y resiste hasta él último momento".-

En realidad la mayoría de las mujeres son más pequeñas y débiles que el atacante, la mayoría de los violadores usan la violencia extrema como golpes, amenazas, uso de armas, que ya pudieron haber usado, antes de intentar violarla, un contraataque de la víctima puede no ser protector, la mujer debe elegir y tomar la mejor opción ya que está en juego su vida, ya que ante la resistencia de la víctima algunos agresores en lugar de desistir en su ataque redoblan sus esfuerzos extremando así su violencia, ya que es esta la que lo motiva (CAMVAC.1985; Mac Namara y Sagari, 1977).

6) "Las violaciones solo se cometen de noche, en un callejón oscuro y por un desconocido".-

En realidad las violaciones pueden ocurrir en cualquier hora del día, en cualquier lugar, y el violador puede ser un conocido de la víctima (Trujano,1991), en estudios realizados para el estudio de la violación sexual en el D.F. se encontraron los siguientes datos: En poco menos de las dos terceros los agresores eran conocidos de las víctimas y en la mitad de estos son familiares, por lo que pueden estudiar y planear el ataque. Respecto al sitio que se realizó la violación, en concordancia con los violadores reconocidos, mas de la mitad ocurrió en los domicilios lo cual cuestiona la difundida creencia que la violación solo ocurre en un sitio despoblado, oscuro, y marginado, no obstante cuando se trato de violadores

extraños a la víctima 37.9% los hechos ocurrieron en sitios aislados y oscuros, al igual que un gran número de agresiones, que tuvieron lugar en transporte publico (AVISE, Centro de atención a la violencia intra familiar y sexual.1996).

7)**La violación ocurre fuera de la casa de la víctima**.-En realidad como ya antes mencionamos mas del la mitad de las agresiones sexuales suelen ocurrir dentro del hogar de la víctima ya que considera, su hogar como un lugar seguro y al ser violado se ve afectada, ya no se siente segura en ningún lugar, el estar en casa no nos protege de la violación (AVISE,1996;CAMVAC,1985).

8)**Las violaciones son actos impulsivos, incontrolables, inconscientes e instintivos por parte del agresor**.-En la mayoría de las violaciones, el agresor planea el acto al menos parcialmente por lo que no es el resultado de un impulso: Banch (1991) calcula un 60% en contraste con un 40% de ataques por oportunidad; pero aun estos casos la respuesta sexual masculina no es ni incontrolable ni inconsciente (CAMVAC,1985).

9)**Solo las mujeres bonitas, jóvenes, atractivas, con faldas cortas y pantalones ajustados son victimas de violación**.-En realidad la victima de una violación, es victima de una violencia al parecer los violadores escogen a sus victimas sin tomar en cuenta sus atractivos físicos, edad, etnia, religión, nacionalidad, estado civil y clase social(Martínez, Rodríguez y Zarate,1988).

10)**Los violadores son anormales pervertidos sexuales con un impulso sexual insatisfecho. Solo los hombres enfermos o locos violan a las mujeres**.-En realidad los violadores tienen impulsos sexuales normales

llevan una vida sexual activa y exhiben un comportamiento dentro de los límites de la “normalidad”, con excepción de que manifiestan una tendencia mayor de lo común, hacia la expresión de la violencia y la agresividad. Los estudios han demostrado que muchos de los violadores son casados y tienen forma de expresar su sexualidad saludablemente(CAMVAC.1985).

11) Solo las mujeres son víctimas de violación.-Actualmente también se ha incrementado el número de informes de niños, niñas y hombres víctimas de violación aunque la mayoría de estos no suele darse a la luz, por razones socioculturales, la mayoría de las víctimas que reportan la agresión siguen siendo mujeres por lo que no se cuenta con una estadística confiable gracias al gran hermetismo que existe a la denuncia del hecho(Martínez, Rodríguez y Zarate,1988;Trujano 1992)

12) Las mujeres dicen “no” pero en realidad quieren decir “sí”.-El doble mensaje en que hombres y mujeres somos educados facilita que ambos sexos puedan sufrir situaciones confusas y ambivalentes (Mac Namara y Sagarin,1997;Muehlenhard y Hollabaugh, 1988) estos mensajes son fortalecidos por los medios de comunicación, que muestran imágenes en las que la mujer al principio se resiste y al final disfruta apasionadamente. Sin embargo ante un ataque sexual, el agresor debe entender que un “no” implica simplemente eso(Trujano,1992).

13) Las mujeres inventan que han sido violadas. Existe un alto porcentaje de informes de violación falsos.-Solo un porcentaje mínimo de informes de violación son falsos (CAMIS. Centro de atención al maltrato intra familiar y sexual,1997).

14) No defenderse ante un violador y asumir una actitud de sumisión, garantiza la seguridad personal de la víctima.-En realidad algunos agresores necesitan para poder excitarse sentir la resistencia, lucha y

sufrimiento de la mujer por lo que asumir una actitud pasiva podría disgustarlos e intensificar la violencia usada (CAMVAC.1985)

15) Muchas mujeres no denuncian que han sido violadas por que saben que ellas provocaron la situación.-En realidad la decisión de denunciar o no la violación depende de un sin fin de factores, tales como el temor al rechazo familiar, social, de amigos, el apoyo con el que cuente la víctima es de gran importancia para que ella se decida a denunciar, experiencias previas que haya tenido con las instituciones policíacas y judiciales que están encargadas de los casos de violación ya sea por comentarios o por el trato que recibió en estas instituciones al llegar a denunciar la agresión. La víctima puede estar decidida a levantar el acta correspondiente pero si los agentes encargados de tomar su declaración la tratan como si ella hubiera provocado la situación y le restan credibilidad a su declaración por dejarse llevar por su ignorancia y por todos estos mitos, la víctima termina por no denunciar el hecho(Ortega.1991).

16) Si ya vas a ser violada te deberías de relajar y disfrutar.-Esta noción es producto de la ignorancia de los que suelen creer que ser violada es como tener una relación sexual intensa no como un acto agresivo-violento donde la dominancia y muestra del poder del violador son los principales elementos que conforman el acto, asume que las mujeres desean ser violadas. Es decir que los hombres deberían relajarse ser amarrados y golpeados(CAMVAC 1985; Muehlenhard y Hollabaugh, 1988)

17) Todas las mujeres desean ser violadas.-La realidad es que existe muchas razones para que el hombre tenga especialmente esta afirmación, pero una de ellas podría ser que como el acto de la violación se comete en nombre de la masculinidad, la mujer desea que la violen para reafirmar su feminidad así mismo esta idea suele estar relacionada con la que la mujer dice “no” pero quiere decir “sí” (CAMVAC 1985; Muehlenhard y Hollabaugh, 1988).

18)“La mujer debe de asumir la responsabilidad principal en la recreación y prevención de la violación”.- En realidad es a los hombres a los que principalmente les corresponde solucionar el problema ya que ellos son los que generalmente cometen tal acción. Es obligación de toda la sociedad desarrollar una conciencia de responsabilidad hacia el problema para poder entenderlo y por lo tanto manejarlo efectivamente y prevenirlo(CAMVAC 1985).

19)“si eres una mujer buena que se somete a un horario adecuado con una conducta intachable”buena”, no la pueden violar, en cambio si eres una mujer, que no tiene un horario aceptable y con una reputación cuestionable puedes ser víctima de una violación”.-En realidad ,este juicio se fundamenta en el mundo-justo, ya que es común que las personas tengan la creencia de que a acciones positivas , consecuencias positivas, y por lo contrario a acciones negativas, consecuencias negativas, este mito es uno de lo mas arraigados en un gran porcentaje de víctimas de violación, ya que se preguntan que mal han hecho para que les halla sucedido lo que les sucedió, se atribuyen cierta culpabilidad o responsabilidad por sus actos en el pasado y manejan la violación como un “castigo” , sin embargo, esto no esta fundamentado, como ya mencionamos con anterioridad los agresores no escogen a sus víctimas por su virtud y bondad, o por su maldad e inmoralidad, simplemente las eligen (Resick y Schinicke,1995).

Todas estas afirmaciones entran en este grupo de creencias falsas que conforman la representación social de la violencia sexual, representación que actúa insensibilizando a la persona agredida; presentación que actúa como una “ orden de silencio, afirmación de inexistencia y por consiguiente

comprobación de que en todo eso, no hay nada que decir, ni ver, ni saber” (Hercovich,1992); Representación que se organiza a partir del discurso dominante sobre la relación entre géneros, el poder, la sexualidad y la violencia.

Representación que tiene un valor de verdad incuestionable y lleva a las propias víctimas a callar para evitar el dolor y la soledad que les produce la sospecha que recae sobre ellas después de haber sobrevivido a una situación de extrema coerción física y psicológica.

Para las víctimas, no hay menor grado de dolor, no es fácil tratar de sobreponerse a ninguna clase de violencia sexual. Ya sea que la víctima allí sido atacada por un extraño o un conocido, ya sea que allí sido asaltada violentamente o forzada con amenazas, suplicas o engaños, ya sea que lo que le sucedió a ella se defina legalmente como violación, asalto sexual o sodomía, ella sufre el dolor de haber sido violada. Ella o él, ya que no solamente ellas han sido violadas merecen el derecho de que les crean , que sus sentimientos tengan valor y el saber que ella no lo provocó y que no es culpable de lo que le sucedió.

Todo ser humano tiene el derecho a ejercer libremente su sexualidad, así como a seleccionar a su pareja para la conjunción carnal, sin embargo, cuando el acto sexual se presenta en forma violenta y sin consentimiento estamos en presencia del delito de violación, el cual es considerado como el más grave de los delitos sexuales (y nos atrevemos a decir que después del homicidio es el delito más repudiado por la sociedad), pues daña la integridad corporal, la estabilidad psíquica y la libertad sexual del individuo que lo padece.

Desgraciadamente en las ciudades más grandes del mundo, día a día aumenta la población junto con esta, aumenta los ilícitos sexuales como

la violación, y cada vez con mayor crueldad por lo cual es indispensable implantar una adecuada política criminal para controlar y reducir estos actos de violencia.

Es evidente que no podemos hablar de violación, si no partimos de un mínimo de condiciones de lo que es sexualidad como un conjunto de caracteres especiales, externos o internos que presentan las personas y que en cierta forma están determinados por el sexo; la sexualidad permanece desde el inicio de la vida hasta la muerte; influye en la formación y el desarrollo del ser humano, participa en la estructura de la personalidad y en las diversas relaciones que establecen los individuos; la sexualidad es una realidad que impregna la vida cotidiana, que nos impulsa tanto al amor como a las formas de agresión mas violentas; por lo cual es necesario mantener la conducta sexual acorde a las reglas morales y jurídicas, pues de lo contrario se podría desencadenar un delito sexual.

El sexo sigue siendo para muchos un asunto muy embarazoso y perturbador, este se encuentra íntimamente relacionado con la vida humana, independientemente de la educación, cultura o medio socioeconómico del individuo, por lo que el sexo implica un proceso de evolución y maduración tanto biológico como social y en ocasiones determina que pensemos como hombres o mujeres; es por eso que el sexo debe considerarse como parte fundamental de la naturaleza humana.

1.3 LA VIOLENCIA SEXUAL

1.3.1. DEFINICIÓN DE VIOLENCIA SEXUAL

La violencia sexual se da cuando se establecen las relaciones de poder y dominación por medio del ejercicio de una sexualidad impositiva, a fin de someter a la víctima a través del uso del poder, para demostrar una jerarquía, mas que para satisfacerse sexualmente(Valladares. 1990).

1.3.2 TIPOS DE VIOLENCIA SEXUAL.

AGRESIONES VERBALES: Estas son sin intención de dañar físicamente a la víctima, pero dañan su integridad personal.

HOSTIGAMIENTO SEXUAL: Acoso por parte del agresor, con propuestas, agresiones verbales y prolongadas donde se ven involucradas relaciones de poder y jerarquía, estas agresiones son constantes. En el hostigamiento sexual, entendida como la persistente acción sexual (postura, gesto, movimiento corporal o verbalización) usada en el acoso a la mujer, es sin duda la agresión más frecuente que viven las mujeres; mujeres de todas las edades y condiciones, en lo cotidiano de sus vidas, ya sean en la calle, lugares públicos, el trabajo o la escuela, y dentro de sus propios espacios familiares, por que para algunos hombres según el modelo cultural, todas las cosas, incluyendo

_____ a la mujer entre ellas, están a su servicio.

(C.A.I.V.S.A.S, Centro de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual. 1995)

ABUSO SEXUAL INFANTIL Tocamientos de índole sexual donde el menor no tiene la capacidad para dar su consentimiento ya que son dependientes e inmaduros en su desarrollo psicosexual. Consta de cuatro fases: 1) fase seducción. 2) fase de interacción sexual. 3) fase del secreto 4) fase de descubrimiento.

A) **INCESTO:** Deriva de la voz latina Incestus, que significa impuro o mancillado.

(Martinez, 1985) es el íntercourse genital, orogenital, oral-anal, caricias, masturbación, es mutua o entre parientes consanguíneos y personas relacionadas por la adopción.

B) ESTUPRO: Relación consentida por la víctima, obtenida a través de chantaje o manipulación, las víctimas son dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo psicosexual, involucrándolos en actividades que no comprenden plenamente.

1.3.3. VIOLACIÓN.

La violación sexual ha sido un tema tabú alrededor del cual se han creado una serie de mitos y actitudes que le han mantenido dentro de los principios del ejercicio del poder y el silencio, sino las repercusiones a largo plazo, en las víctimas; y no es un problema exclusivamente individual, si no que abarca lo social, tanto por su magnitud como por los factores que lo determinan. Así la violación debe de dejar de verse como un crimen de pasión sexual, viendo a la víctima como cómplice, ahora es vista como un crimen que causa inevitablemente una crisis emocional en la vida del individuo asaltado(Bassuk en Mc. Combie, 1980; Burgess, y Holmstrom, 1976; Notman y Nadelson, 1976).

En esta definición nos centraremos ya que es el tema que compete a este trabajo, citando una serie de definiciones de diversos autores.

La violación es un modelo de conducta sexual basada mas en el sistema patriarcal, en la agresión, en el control y en el dominio mas que en el placer sensual o de satisfacción sexual.

La violación puede definirse como un asalto sexual con penetración vaginal del pené con carencia del consentimiento de la victima (Burguess y Holmstrom, 1976; Groth, 1981).

Webster (1983) menciona que "la violación es el conocimiento carnal de una mujer sin su consentimiento, efectuando por fuerza, dureza, intimidación o engaño, respecto a la naturaleza del acto.

La violación es un problema de salud que involucra una perspectiva multidisciplinaria: médica, jurídica, psicóloga, siquiátrica y sociológica (de trabajo social y sociología), implica una demanda existencial ya que ese tipo de agresión sexual deja efectos psicológicos negativos a corto y largo plazo (AVISE, 1996).

"Por violación entendemos cualquier hecho que sobrepase los límites corporales psicológicos de la persona, es una acción forzada en la cual hay o no hay penetración vaginal, anal u oral del pené o cualquier otro sustituto del mismo, con carencia de consentimiento, este tipo de agresión da como resultado un rompimiento del equilibrio físico, emocional, mental, social y sexual del individuo" (Burguess y Holmstrom, 1985; González, 1995).

La violación es un acto pseudosexual, complejo y multi determinado pero motivado por la hostilidad enojo (ira) y de control (poder) mas que por el deseo sexual. La violación es una agresión sexual forzada que da como resultado un rompimiento del equilibrio físico, emocional, mental, social y sexual del individuo (Burguess y Holmstrom, 1974).

La violación es un asalto sexual con penetración vaginal del pené con carencia de consentimiento mutuo, independientemente de que sí el

asalto sexual se limita al contacto del pené con cualquier otra parte del cuerpo que no sea la vagina o si el agresor utiliza otra parte cualquiera de su cuerpo (los dedos o lengua), un consolador o cualquier otro objeto que produzca la dilatación vaginal (Kolondy,1983)

Para los fines de este trabajo se considero como violación, con base en el Código Penal del Distrito Federal, el acto mediante el cual un sujeto realiza cópula con una persona de cualquier sexo, por medio de la violencia física o moral; entendiéndose por cópula la introducción del miembro viril en el cuerpo de la victima por vía vaginal, anal u oral, o bien cuando se introduce por las vías referidas en el cuerpo de la víctima, cualquier instrumento distinto al miembro viril. A continuación referiremos los artículos del Código Penal en los que se refiere a la violación.

El delito de violación se encuentra reglamentado en el Capítulo Primero del Título Decimoquinto, como delito contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual, regulado por los artículos 265, 266 y 266 bis, que a su letra dicen.

Art.265.- Al que por medio de la violencia física o moral realice copula con persona de cualquier sexo, se le impondrá prisión de ocho a catorce años.

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

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

Art.266.- Se equiparará la violación y se sancionara con la misma pena:

I.- Al que sin violencia realice cópula con una persona que no tenga capacidad del significado del hecho, o por cualquier causa no pueda resistirlo, si se ejerciera violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena se aumentara en una mitad.

II.- Al que sin violencia realice cópula con persona menor de doce años de edad.

Art: 266 bis.- Las personas previstas para el abuso sexual y violación se aumentará hasta en una mitad en su mínimo y máximo, cuando:

I.- El delito fuere cometido con intervención directa o indirecta de dos o más personas.

II.- El delito fuere por un ascendiente contra su descendiente, este contra aquel, el hermano contra su colateral, el tutor contra su pupilo, o por padrastro o amasio de la madre del ofendido en contra del hijastro. Además de la pena de prisión, el culpable perderá la patria potestad o tutela, en los casos que se ejerza sobre la víctima.

III.- El delito fuere cometido por quien desempeñe un cargo o empleo publico o ejerza su profesión, utilizando los medios o circunstancias que ellos le proporcione. Además de la pena de prisión el condenado será destituido del cargo empleo o suspendido por el término de 5 años en el ejercicio de dicha profesión.

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

El delito de violación es el conocimiento carnal de una persona ejercido contra su voluntad mediante el uso de violencia verdadera o presunta, el mismo considera que la esencia del delito de violación descansa en la falta de conocimiento de la víctima, sometida a la violencia sexual por medio de la violencia verdadera o presunta, por lo que consideramos a la primera como la fuerza física y a la segunda como intimidación psicológica.

Con base en las definiciones clínicas, y legales se define para esta tesis lo que es violación.

La violación es un acto pseudo sexual, complejo multideterminado donde se establecen relaciones de poder y dominación, caracterizado por la imposición de una relación sexual, genital, anal, u oral obtenida sin el consentimiento de la otra persona, la penetración puede ser con el miembro viril, dedos, lengua u otros objetos diversos.

1.3.4. TIPOS DE VIOLACIÓN.

VIOLACIÓN POR COERCIÓN: Acontece cuando el violador trata de intimidar a su víctima por medio de un arma, de la fuerza física o amenaza con daños corporales o morales. Este tipo de violador tiene dificultades con sus relaciones interpersonales y su autoestima se halla muy desminuida. Para estos sujetos la violación es una forma de cerciorarse de su fuerza, e identidad sexual (C.A.I.V.S.A.S, 1995)

VIOLACIÓN POR IRACUNDIA: El violador se ensaña con la víctima y manifiesta la rabia y el odio que le embarga mediante la violencia física y el maltrato verbal. A menudo, las causas de este tipo de violación son la venganza y el castigo dirigido contra las mujeres en general y no contra la persona en particular. El individuo que perpetrata esta clase de agresión suele obtener poca o ninguna gratificación sexual y en ocasiones tiene problemas de erección o es incapaz de eyacular durante la violación (C.A.I.V.S.A.S, 1995).

VIOLACIÓN POR SADISMO: En la que ocurre la sexualidad y la agresión, siendo el sufrimiento de la víctima el principal incentivo de placer del violador. A veces la víctima es torturado o dañada intencionalmente con quemaduras de colillas, mordeduras o latigazos. Los asesinatos sexuales, con grotescas mutilaciones en el cuerpo de la víctima, son casos extremos de violación por sadismo (Groth, Burgess y Holmstrom, en Kolodny, 1983), Se calcula que alrededor de 5 por 100 de las violaciones se encuentra; en esta última categoría, el 40 por 100 en la de violaciones por iracundia y el 55 por 100 en la de violaciones por poder (Groth, 1979).

Una topología de investigación basada en el método de ataque por el cual el agresor operó, declara dos estilos que son;

- 1) **la violación repentina**
- 2) **la violación confidencial o por confianza.**

Las víctimas del estilo de violación repentina son escogidas por un imprevisto ataque sorpresa al ser engañadas y acorraladas por el agresor aparentando en juego íntimo. El ataque sucede sin aviso, sin una previa interacción entre víctima y agresor. El agresor quizá utilice una máscara o guantes y tape a la víctima mientras ataca, con la intención de permanecer en el anonimato.

La violación confidencial o por confianza es un ataque en el que el violador va acercándose a la víctima bajo falsos pretextos, usando decencia, después rudeza y por lo común violencia. El acercamiento existe entre la víctima y el agresor, aunque breve, el violador quizá conozca a la víctima desde tiempo antes con la posibilidad de que haya existido una relación previa, esta puede presentarse dentro del matrimonio o en una relación conyugal (Mc. Combie, 1980; Burgess y Holstrom, 1974)

Dado que la falta de consentimiento por parte de la víctima, es parte de la definición de violación, se reconocen tres principales tipos de victimización:

1) Violación-sexo sin consentimiento, similar a la violación repentina.

2) Acceso al sexo-inhabilidad de la víctima para consentirlo, similar a la violación por confianza.

3) Situación de estrés en el sexo (sexo con consentimiento inicial).

Es el caso en el cual el hombre y la mujer inicialmente estaban de acuerdo en tener una relación sexual, pero drásticamente algo se torna mal, generalmente lo que torna mal, es que el hombre explota de diferentes maneras: se pone furioso, rudo, utiliza palabras soeces, humilla, presiona y deshumaniza a la víctima (Mc. Combie, 1980; Burgess y Holstrom, 1974)

1.3.5. PERFIL DE LA VICTIMA

No podemos delinear un perfil de la víctima, simplemente por que no tenemos un perfil que pueda ser común a todos los casos, sin embargo, existe ciertas características en las víctimas que son considerados como factores de riesgo de acuerdo a las características de personalidad de las víctimas (Trujano, 1992).

Myers, Temple y Brown (1984) han tratado de analizar algunos factores de riesgo de acuerdo a las características de personalidad, para ello analizaron una muestra de 72 víctimas de violación y señalaron como factores de riesgo los siguientes:

1) Incompetencia social.- Que se refiere a las actitudes acerca de la seguridad, independencia, dominio, sociabilidad, asertividad y presencia social. Aquí encontraron que quienes presentaban una actitud pasiva, miedosa y dependiente, son blanco fácil de atacantes sexuales.

2) Salud mental.- Se dice que las personas con antecedentes psiquiátricos o depresivos con mas vulnerables.

3) Uso de drogas y alcohol.- Las personas drogadas o alcoholizadas tienen menor probabilidad de defenderse.

4) Habilidades cognitivas.- Esto se refiere a la habilidad que poseen las personas para tomar decisiones y resolver problemas inmediatos, si una persona posee buenas habilidades cognitivas pueden planear su huida y no efectuar conductas inútiles o peligrosas o por otra parte puede detectar situaciones peligrosas (Koss y Dinero, 1989).

5) Condición física.-Es un factor muy importante y que se relaciona con los anteriores, ya que una persona débil o enferma tendrá menos probabilidades de escapar o defenderse(Valladares, 1993)

6) Edad.- Se observó que la mayoría de las víctimas son jóvenes o adolescentes, que dadas sus actividades tienen que permanecer más tiempo en la calle.

7) Nivel socioeconómico bajo.- Se encuentra relacionado con el tipo de lugares en los que se desenvuelve la víctima, por ejemplo el uso continuo de transporte público, transitar por lugares inseguros o desconocidos.

Valladares (1993) cita dos factores de riesgo que en mayor medida genera la ocurrencia de la violación, uno de ellos es la aceptación exagerada de los roles sexuales tradicionales y contrapuestos, es decir el hombre tiene un rol activo, de control y superioridad y la mujer el rol pasivo con una actitud de sumisión y debilidad. El segundo se refiere a las cogniciones de las mujeres mientras esta ocurriendo la violación, la preocupación principal de las mujeres es no ser asesinadas o mutiladas, es más frecuente que ocurra la violación en comparación cuando la preocupación primordial es no ser violadas ya que es más probable realice conductas de escape.

Koss y Dinero (1989) hacen referencia a la hipótesis de la vulnerabilidad a la violación que enfatiza diferencias biológicas o culturales entre las mujeres que ha experimentado violencia sexual tengan un alto riesgo de volver a sufrirla, una explicación relativa a este modelo es la teoría del control social que sugiere que las mujeres que se apegan a la noción tradicional de "feminidad" y aceptan los mitos acerca de la violación son vulnerables a la victimización (Weis y Borges, 1973) citados en Koss y Dinero, 1989).

1.3.6. PERFIL DEL AGRESOR.

Si bien el delito sexual es a menudo una manifestación de un desorden mental o emocional, no se conoce un desorden mental específico que predisponga a la comisión de crímenes sexuales, lo que si se ha podido comprobar es que el uso de ciertas drogas como la marihuana, desinhiben deseos reprimidos entre los cuales puede haber tendencias criminales. (Trujano, 1992).

El abuso del alcohol tiene una fuerte influencia sobre la comisión de la violación y en algunos casos se considera responsable de 80% de los delitos menores de violencia y de cerca de la mitad de los delitos sexuales (Wolf, 1987).

Estudios realizados de la psicopatología del violador han demostrado que una cantidad considerable de estos sujetos tuvieron una infancia poco favorable y sufrieron carencias emocionales muy severas, y que en algunas ocasiones fueron objetos de experiencias sexuales asertivas en su infancia, o bien presenciaron relaciones sexuales entre sus padres o fueron forzados a su ver o recibir y proporcionar algún tipo de caricias sexuales, por lo que estos niños presentaron

predisposiciones o perturbaciones del desarrollo sexual que se manifiesta en su vida adulta.

Para muchos violadores la acción de la violación toma un carácter de perversión y utilizan sus órganos genitales como sinónimo de su poder y de venganza (Karpman, 1980).

La violación y el sadismo no son equivalentes; en la violación, el hecho de provocar dolor es solo incidental, ya que el propósito primordial es dominar a la víctima. La violación puede relacionarse con deseos incestuosos precoces; tomando en ocasiones el coito cuando este va acompañado por emociones muy intensas de temor y odio.

1.3.7 CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS DEL VIOLADOR.

VIOLADOR INSEGURO.

- Sexualmente se siente inferior.
- Puede ser impotente o tener miedo de padecer homosexualidad.
- Desea controlar a la víctima pero sin lastimarla.
- Tiene fantasías de que después de forzar a su víctima esta va a compartir su intimidad con él.
- Generalmente siente remordimiento y culpa.
- Normalmente no tiene antecedentes penales.
- Amenaza a la víctima para que coopere en el acto sexual.

VIOLADOR EGOCÉNTRICO.

- Es totalmente egoísta.
- No considera que la violación es algo inadecuada.
- Es oportunista, solo ataca, si presenta la posibilidad de hacerlo.
- Puede tener antecedentes penales que pueden ser por robo.
- Considera que su víctima lo provocó para realizar el acto sexual.
- El poder, la violencia y la muerte son lo mas importante para el.

VIOLADOR ENOJADO.

- Expresa su rabia y su coraje a través del acto sexual.
- Vive en una fantasía sexual en la que controla o domina a sus víctimas.
- Ataca sorpresivamente con violencia y desaparece rápidamente.
- Usa lenguaje ofensivo, degradante y humillante.
- Usa mas fuerza de la que necesita para vencer a su víctima.

VIOLADOR SÁDICO.

- Expresa su hostilidad intimidando dominando a sus víctimas.
 - Desea causar dolor mental y físico.
 - Entre mas aumenta el sufrimiento de la víctima, mas se excita o trata de incrementar la violencia para excitarse.
 - Usa una fuerza brutal para atacar sorpresivamente a su victima.
 - Realiza actos violentos y degradantes con su victima.
 - Rapta a la víctima mostrando conductas grotescas.
- (Kasperek, 1991).

1.3.8 CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD DEL VIOLADOR.

Algunas de las características de las personas que comenten violencia sexual de algún tipo son:

*En casi todos los casos se advierte que en la historia del sujeto existía la conflictiva sexual mucho tiempo antes de que la desencadenara.

*Tiene una acentuada inmadurez emocional, teniendo un desequilibrio afectivo que se proyecta en conductas repetidas, como por ejemplo, el exhibicionismo.

*La inseguridad básica que presenta hace su comportamiento tímido, retraído, inhibido, lo que resulta paradójico con el ataque sexual.

*Proviene de un hogar desintegrado, disfuncional, con falta de supervisión, carentes de afecto y cuidados, rodeado durante la infancia de condiciones poco favorables por lo que el hombre se sentía confundido en una conflictiva área de la sexualidad.

*En el delincuente sexual se observa la consecuencia de la negación de dos necesidades fundamentales: seguridad y afecto.

*Exterioriza hostilidad y resentimiento frente a la autoridad porque ha sufrido carencias emocionales, ha sido afectado por la conducta de uno de los padres, de características sádicas y dominantes.

*Algunos manifiestan adicción al alcohol y a las drogas, con alto grado de agresividad (Marchiori, 1989)

1.3.9 TIPO DE DELINCUENTES SEXUALES.

DELINCUENTE SEXUAL INSTINTIVO.

En esta categoría colocan a aquellos autores de delitos sexuales que manifiestan una disposición congénita y adquirida que los empuja hacia la delincuencia sexual.

DELINCUENTE SEXUAL HABITUAL.

La habitualidad en el delincuente sexual empieza a temprana edad con una actividad sexual precoz que se hace crónica. Comienza esa

iniciación por la autosatisfacción, por el onanismo, que se hace habitual, luego promiscuidad.

DELINCUENTE SEXUAL OCASIONAL.

Es todo aquel que aprovechándose del momento, la confianza, la oscuridad o la soledad, abusa sexualmente del individuo.

DELINCUENTE SEXUAL PASIONAL.

El delincuente sexual pasional es de difícil caracterización, por que se confunde con el que ejecuta el acto por el natal impulso sexual, el primero requiere de un elemento externo para despertar su pasión, mientras que para el segundo no es necesaria la existencia de dicho elemento.

DELINCUENTE SEXUAL SÁDICO.

- a) **Sádicos criminales:** este tipo de violadores llegan a degollar, castrar, estrangular o despedazar a sus víctimas, de preferencia mujeres maduras; dichos criminales gustan de estrangular a sus víctimas aflojando la presión en la garganta cuando experimentan el orgasmo.
- b) **Sádicos perversos:** No son impulsivos como los criminales, obran de manera consciente y preparan escenas sádicas, para su excitación erótica se valen de medios violentos, como morder a sus víctimas, clavarles las uñas, herirlas levemente; escogen como víctimas a muchachas y niños.

Algunos usan látigos (flagelación), otros emplean alfileres, con los cuales pinchan los senos y los glúteos, otros mas utilizan tijeras cortando algún pedazo de los genitales, y hay quienes se han atrevido a morder los muslos, genitales con la finalidad de comérselas (Mendoza,1991)

Al revisar algunos aspectos de la violencia sexual, en especial de la violación, sus características y modalidades, el análisis de aspectos relacionados con las características de la victima como del agresor, nos lleva a ubicarnos en un punto en el cual parece que la complejidad de nuestro objeto de estudio nos lleva a una sola conclusión: que el fenómeno de la violencia sexual es un fenómeno social complejo que involucra múltiples determinantes, que podrían darnos nuevas pautas para su comprensión como un fenómeno, social complejo que trasciende esos limites espacio-temporales y además, como un fenómeno que tiene profundas raíces en la estructura social y en la historia.

La competencia social es indudablemente una condición necesaria para la conducta sexual apropiada y consentida, es por ello, que en algunos casos la violación se ha considerado como una alternativa a la incompetencia social de algunos sujetos para lograr relaciones sexuales consentidas (Echeburua, 1994)

La violación como crimen deja una serie de daños en el ámbito médico y nivel psicológico los cuales describiremos a continuación:

1.4.1 REPERCUSIONES A NIVEL MÉDICO.

Las consecuencias de una violación en el terreno medico pueden ser muy amplias y de gran importancia, ya que pueden llegar a determinar el nivel del impacto de la violación; estas consecuencias abarcan todo tipo de lesiones físicas, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, etc. Para la víctima resulta realmente

angustiante pensar que está embarazada, o posiblemente infectada de alguna enfermedad de transmisión sexual, esto conlleva a un cuadro de daño psicológico más complejo.

Dentro de los síntomas psicósomáticos se llegan a observar dificultades para dormir, problemas de apetito, crisis, jaquecas, irregularidades menstruales, cambios de temperatura, tensión de la musculatura esquelética, fatiga, irritabilidad gastrointestinal, náuseas, dolores de estómago, temblores y trastornos genitourinarios, entre otros. (Norris y Feldman_Summers, 1981).

Los daños físicos pueden llegar a incluir a nivel extra genital contusiones del cuero cabelludo, hematomas del rostro, cuello, pared Abdominal, muslos, excoriaciones, contusiones por mordeduras en el rostro, labios, pezones, etc.; signos de estrangulamiento y otros. A nivel pared genital son frecuentes las contusiones o desgarros perineales y vesicales, los hematomas pubianos y en la cara interna de los muslos, lesiones diversas en las zonas glúteas. En los genitales pueden encontrarse contusiones o desgarros de la vulva, himen, fondos del saco útero vaginales y anales.

Otra clase de lesiones externas muy comunes en las víctimas de violación comprende las provocadas por cortes provocadas mediante el empleo de cualquier objeto punzo cortante.

Burgess (1989), menciona que estas víctimas se caracterizan por que cuando llegan a ser golpeadas, el mayor número de lesiones las reciben en la cara, pecho, tórax y abdomen, llegando a ser más lastimadas que en un accidente automovilístico.

Waigandt, Wallace, Phelps y Miller (1990) señalan algunas disfunciones femeninas respecto a aspectos ginecológicos consecuente con una agresión sexual, como problemas menstruales, emisiones vaginales, o dolor quemante al orinar.

El embarazo constituye un riesgo mas de ataque sexual, pues se calcula que del 1% al 5% de las víctimas de violación quedan embarazadas de su agresor (Beckmann, 1990; 1989)

Las enfermedades de transmisión sexual como producto de una violación es muy común, pero uno de los mayores riesgos en la actualidad de ser victima de un contacto sexual no deseado lo constituye la posibilidad de adquirir SIDA.

Murphy, Kitchen, Harries y Foster (1989) explicaron en Inglaterra el caso de una mujer violada cuyo atacante forzó a la penetración anal y vaginal, y posteriormente le confesó que era positivo a anticuerpos VIH, los análisis realizados a la victima mostraron el contagio, la repetición de las pruebas a anticuerpos confirmó el resultado; la víctima sufrió el contagio del SIDA, de ahí que el autor señale la conveniencia de que todas las victimas de ataque sexual tanto heterosexuales como homosexuales, se realice la prueba del VIH.

Bayes y Ribes (1989), explican al respecto que en caso de SIDA, "la exposición directa de una persona no contagiada a la sangre, semen o secreciones vaginales de otra contagiada con un virus de inmunodeficiencia humana, a través de un comportamiento de riesgo accidental, no supone que esta ultima deba transmitir necesariamente el virus a la primera, la probabilidad de infección en un solo episodio de riesgo es muy baja, algunos autores la han estimado de 1% en un coito vaginal no protegido en el que la persona contagiada no presenta ulceras

o heridas en sus genitales”, si el contagio se produce se entra en una fase irreversible.

En el caso de una agresión sexual, pensamos que el riesgo de contagio aumenta, ya que en este tipo de situaciones existe todo tipo de lesiones y heridas acompañado a la actividad sexual. Bayes y Ribes (1989) también comentan que el grado de vulnerabilidad de una persona es importante en tres situaciones: a) cuando existe una exposición directa de partes sensibles del organismo no contagiado a sangre, semen o secreciones vaginales de otra persona ya infectada; b) cuando una persona contagiada con un virus de inmunodeficiencia humana se encuentra en una fase de portador asintomático; c) cuando una persona ha empezado ya ha desarrollar la enfermedad.

Existe otro tipo de variables que incrementan la probabilidad de ocurrencia del SIDA en personas portadoras del VIH: los factores estresantes pueden originar un descenso o reducción de las defensas inmunológicas, es decir, que la inmunodepresión producida por estresores psicológicos suelen aumentar la vulnerabilidad del organismo a la enfermedad, con lo que la víctima contagiada sería muy probable que desarrollara el SIDA dadas las múltiples consecuencias psicológicas que traen consigo la violencia sexual.

Es conveniente reflexionar en cuanto al papel del médico respecto a la víctima de violencia sexual, ya que sugiere mayor compromiso con estas pacientes, ir más allá de curar sus heridas físicas, sensibilizándose con su problemática, si es posible trabajar con un equipo interdisciplinario de médicos, psicológicos y legistas en apoyo de las víctimas de violencia sexual.

Es por todo lo anterior que dentro de la atención a la víctima del delito de violación se incluya un tratamiento integral, no-solo en el proceso

legal con el apoyo de Servidores públicos sensibilizados en la problemática de violencia, sino en el adecuado tratamiento psicológico por personal que cuente con la experiencia en esta problemática, la víctima debe de recibir de ser posible por el primer servidor publico que la atienda, la conserjería en la Anticoncepción de Emergencia para evitar embarazos no deseados, de igual modo es indispensable para que sea una atención integral que la víctima sea canalizada a instituciones de salud donde pueda recibir un tratamiento preventivo para no contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) y/o SIDA (VIH), ya que esta es una preocupación real en la victima.

La profilaxis pos-exposición (PPE) es una respuesta médica de emergencia que puede utilizarse para proteger a las personas expuestas a situaciones de riesgo, como es el caso de las víctimas de violación para prevenir contraer VIH y/o ETS, la profilaxis para la pos exposición al VIH o el régimen PPE, es un tratamiento que se inicia en las primeras 72 horas (3 días) que siguen a la posible exposición inicial del virus. La meta del régimen PPE es prevenir que el VIH se establezca en el cuerpo.

La PPE consiste en una medicación, pruebas de laboratorio y asesoramiento, normalmente la PPE debe de iniciarse entre 2 y 24 horas después del posible contagio y no mas tarde de 48-72 horas y tiene que continuar durante aproximadamente cuatro semanas.

Si bien no ha quedado demostrado de forma concluyente que la PPE prevenga la transmisión de la infección del VIH, los resultados de las investigaciones indican que si la medicación se inicia inmediatamente después de la posible exposición más efectiva será (sin pasar las 72 horas) Después de las 72 horas los efectos benéficos serán con toda probabilidad mínimos, Los riesgos de intolerancia y efectos secundarios asociados al tratamiento antirretrovirico superara con creces cualquier beneficio preventivo potencial.

El régimen consiste en tomar una combinación de 2 o 3 fármacos para detener al VIH antes de que dañe al sistema inmunitario.

La idea en que se basa la PPE es que durante la etapa de exposición inicial al virus, hay una “oportunidad de oro” para eliminar el virus por completo antes de que se propague por todo el cuerpo, lo cual establece la infección crónica. Cuando una persona es expuesta al VIH, las células inmunitarias recogen el virus y lo llevan a los nódulos linfáticos, donde empieza a multiplicarse. En poco tiempo nuevas partículas del virus se extienden por la corriente sanguínea. Se cree que esto ocurre 3 o 5 días, donde la persona infectada entra en la etapa de infección aguda por el VIH.

En un estudio sobre los profesionales de la salud que fueron expuestos al virus al pincharse accidentalmente con jeringas, aquellos que tomaron solo AZT durante 4 semanas inmediatamente después de la exposición manifestaron un 79% menos de posibilidades de resultar crónicamente infectados que quienes no tomaron el fármaco. Ahora se sabe que una combinación de 2 o 3 fármacos funcionan mejor que AZT por si solo y los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades (siglas en ingles CDC) recomiendan el empleo de la combinación de AZT más 3TC y en algunos casos, más un fármaco inhibidor de proteasa.

Esta es una alternativa para asegurar el bienestar físico de la víctima, que sin duda reducirá considerablemente la preocupación de contraer una ETS y/o VIH, el tratamiento tiene un alto costo y por desgracia todavía en este momento no es parte del tratamiento integral de la víctima de violación, solo es aplicable y con medicamentos mas modernos a pacientes ya contagiados con SIDA, sin embargo en el Estado de México dentro de la atención a la víctima se esta innovando, el que todas las mujeres víctimas de violación que se encuentren dentro de los rangos permitidos, sean canalizadas a un hospital del sector salud para recibir el tratamiento adecuado.

Quedando en la responsabilidad de cada persona que conoce del mismo, el que se de a conocer este tratamiento para víctimas de

violación, se propone que se de capacitación a las instituciones de salud, a los profesionales que trabajan con víctimas de violación sobre este método, así como el que se provea a cada unidad hospitalaria del sector salud de por lo menos cinco equipos de profilaxis.

1.4.2. Repercusiones a nivel psicológico.

El daño psicológico ocasionado a una víctima de violación representa una gran preocupación para un sin fin de psicólogos que laboran en este campo, encontrando respuestas generalizadas entre las víctimas, y cuya duración y severidad depende de las características particulares de cada una de las víctimas.

Las primeras reacciones psicológicas de la víctima comprenden susto, preocupación, temor, confusión, indefensión, rabia, vergüenza, humillación, llanto incontrolado, evitación de situación temidas, aislamiento social, pesadillas, retrospectivas, sentimientos de culpa y de pérdida de autoestima. Se presentan también efectos de ansiedad, depresión y Síndrome de Estrés Postraumático, en el que nos centraremos en el capítulo siguiente.

Los efectos se consideran a corto plazo (las siguientes horas o días después del ataque) medio plazo (los primeros meses) y a largo plazo (3 o 4 meses en adelante), pero no existe consenso sobre esta temporalidad.

Burgess y Holmstrom (1974), fueron quienes hablaron por primera vez del “Síndrome del Trauma por Violación” caracterizando por una fase aguda de desorganización y una fase de reorganización a mas largo plazo.

LA FASE AGUDA.- Comprende primero la reacción del impacto y en las primeras horas que siguen a la violación se engloban un amplio rango de emociones, el impacto puede ser tan severo que se expresen sentimientos de shock o incredulidad. Se han observado dos estilos:

- a) **El expresivo:** en el cual los sentimientos de miedo, angustia y ansiedad, se expresan con llanto, sollozos, desasosiego, y tensión

- b) **El controlado:** en el que se dominan los sentimientos y se muestra calma, incluye las respuestas somáticas y alteraciones genitourinarias, que se han descrito mas ampliamente en el apartado de alteraciones a nivel médico, y finalmente las reacciones emocionales, como desconcierto, deseos de venganza, miedos, etc.

LA FASE DE REORGANIZACIÓN.-Incluye la organización del estilo de vida y en algunas víctimas puede iniciarse a las pocas semanas después del ataque, influyendo factores como las capacidad de enfrentamiento, el apoyo social con que se cuente, etc. Este proceso se caracteriza por un incremento en la actividad motora, especialmente dirigido a conductas autoprotectivas como cambiar de domicilio, cambiar de número telefónico, cambiar de trabajo, estrechar los lazos familiares.

Estas reacciones conforman lo que seria un patrón normal y adaptativo ante la agresión recibida.

Al parecer la ansiedad, la depresión, el decremento de la satisfacción sexual y/o las disfunciones sexuales, la pérdida de autoestima. Los sentimientos de culpa y la dificultad para expresar sentimientos se encuentran entre los síntomas permanentes a mas largo

plazo (Veronen y Kilpatrick, 1982); Trujano y Raich, 1992). Aunque existen mujeres que a las dos o tres semanas sean asintomáticas o puedan llegar a tener incluso cambios de conducta positivos.

Burguess y Holmstrom (1974), señalan también la importancia de considerar factores individuales como la edad, la historia personal de la paciente, las habilidades de enfrentamiento, el apoyo social, las variables de personalidad, la autoestima, las características del evento estresor etc., pues cognitivamente todos estos elementos, así como las expectativas y los factores de atribución, llevan a la víctima a una evaluación del suceso: atribuir la culpa al agresor y minimizar el ataque (por ejemplo pensar en la suerte que tuvo por haber sobrevivido) protege al menos en parte de los sentimientos de culpa, reduciendo el impacto psicológico de la violación. Resick, Calhoun, Atkeson y Ellis (1981), estudiaron los efectos del ataque sexual sobre el ajuste social a corta y largo plazo; las víctimas exhibieron disrupción en todas las áreas de ajuste social los primeros cuatro meses después del suceso y posteriormente volvieron a su nivel previo en todas las áreas excepto en la del trabajo.

Otros autores comentan el aumento en el consumo de alcohol, café y tabaco en las víctimas, así como en la revisión que llevaron a cabo hubo autores que citaron un 19.2 % de mujeres que intentaron suicidarse (una de cada cinco víctimas), las ideas suicidas parecen ser muy frecuentes en este tipo de población.

(Waiigandt, Wallace y Miller, 1990; Dahl, 1989, Mezey y Taylor 1988, Saigh 1984 y Kilpatrick en Echeburúa), mencionan que el Síndrome de trauma por violación es una forma de Estrés Postraumático (PTSD)termino que describiremos con más detalle en el siguiente capítulo junto con la depresión y ansiedad en las víctimas de violación.

Thornhill y Thornhill (1989), argumentan que existen factores predictivos para el daño psicológico de la víctima, estos serían, por ejemplo, si el atacante de la víctima es percibido por esta como

perteneciente a un nivel inferior a su raza, clase social, posición económica, intelectual o profesional), entonces sufrirán mayores síntomas de trauma; por contraste, las víctimas que consideran a su atacante de un status superior al propio, mostraran menor daño psicológico, el efecto post violación es mayor cuando el agresor es conocido, pues en el caso de un desconocido es mas fácil pensar que todo paso por para casualidad, ya que le podría haber sucedido a otra persona, la tentación a sentirse culpable es mayor cuando se conoce al violador.

Finalmente, se encuentra que el común denominador de las investigaciones con las víctimas de violación, es que todas confiesas un profundo impacto en sus vidas, un re-cuestionamiento de valores, un ajuste propio de conceptos propios y externos, y la sensación de que su vida se divide en antes y después de la violación (Mezey y Taylor. 1988).

CAPITULO II.- SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Las personas que son víctimas de sucesos que están fuera de las experiencias comunes de la mayoría de las personas (eventos adversivos) a estos eventos se enfrentan de forma brusca, tales como la consecuencia de la guerra, agresiones sexuales, accidentes o catástrofes, como en sujetos que han sido víctimas de algún delito violento, así como en familiares o sobrevivientes del mismo, pueden llegar a sufrir el Síndrome de Estrés Postraumático (PTSD)

Académicos mexicanos han apuntado que el PTSD se puede expresar en quienes han estado expuestos a cierto tipo de conductas ilícitas que conlleven en cierto tipo de violencia en tal suerte, que se altera su sensación de seguridad, su vida cotidiana y sus sentimientos se ven exacerbados. Entendiendo por violencia no solo la física, o aquella que se encuentre por el amago de un arma de fuego o blanca, sino que comprende toda clase de violencia moral, en donde la intimidación y las amenazas ocupan un lugar predominante (Illán y Ruiz, 1997) cometidos con el fin de controlar y/o dominar a través del uso del poder.

Existe una gran variedad de acontecimientos naturales, accidentales y causados intencionalmente por el hombre (véase la tabla 1) donde algunos de estos factores ocasionan el trastorno con mucha mas frecuencia como son los ocasionados intencionalmente por el hombre, siendo mas intenso y duradero mientras que los accidentes naturales se producen solo ocasionalmente.

Tabla 1

TIPOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS MAS HABITUALES
NATURALES
Terremotos
Inundaciones
Huracanes
ACCIDENTALES
Incendios
Accidentes aéreos y de tráfico
CAUSADOS INTENCIONALMENTE POR EL SER HUMANO
Agresiones sexuales
Tortura
Guerra
Prisiones
Campos de concentración

Sin embargo, esto se acentúa en el caso de las agresiones sexuales ya que ocurren en el medio habitual de la víctima, donde la víctima se considera en un ambiente seguro (casa, trabajo, transporte público), el hecho que tengan que reanudar sus actividades en muchas ocasiones en el mismo escenario en el que ocurrió el ataque (el que tengan que continuar tomando transporte público, estar en un trabajo, aunque no sea el mismo, andar por la calle, etc) lleva consigo el temor que se vuelva a repetir.

El trastorno de estrés postraumático figura incluido entre trastornos de ansiedad, según el DSM-IV (APA, 1994) el cual lo define:

El trastorno de estrés postraumático parece cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión. En el caso concreto de las víctimas de violación, nos dice que la experiencia de la violación es un estresor lo suficientemente potente para producir estrés en la mayoría de las personas, cumpliendo así con el principal diagnóstico del DSM. IV (criterio A de la tabla 2).

El tipo de síntomas asociados a este cuadro clínico puede ser variable de una persona a otra, pero hay tres aspectos nucleares que en mayor o menor medida, se repiten e forma constante (criterios B, C, D, de la tabla 2)

Por lo que iniciaremos a describir cada uno de los criterios antes mencionados:

B.-El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente por lo menos en una de las formas siguientes:

Las víctimas reviven intensamente la agresión acontecida en forma de imágenes y recuerdos constantes involuntarios -flashbacks-, pesadillas, así como malestar psicológico profundo, de una hiperactividad fisiológica ante los estímulos externos e internos relacionados con el suceso traumático, con la intrusión de elementos relacionados con la agresión (experimentar ideas intrusivas, imágenes, sensaciones o pesadillas) y evitación (evitación concientemente reconocida de ideas relacionadas con el suceso, sensaciones o sentimientos y situaciones)

Para que nos quede mas claro tendremos un ejemplo de cada uno de los criterios con pequeñas partes del discurso de pacientes víctimas de violación.

“A cada momento recuerdo lo que él me hizo, veo su rostro sobre mi cara su sonrisa de satisfacción, me veo a mi misma con el puñal a un costado, cuando duermo, despierto sobresaltada creo que esta sucediendo de nuevo.”

(Verónica 17 años)

C.- Evitacion persistente de los estímulos asociados con el trauma y falta de capacidad general de respuesta (no existe antes del trauma).

Las víctimas de este síndrome tienden a evitar o a escaparse de los lugares o situaciones asociados al hecho traumático e incluso rechazan pensar voluntariamente y dialogar sobre el suceso ocurrido, así como una incapacidad de recordar sucesos importantes de la agresión, disminución marcada del interés o de la participación en actividades significativas, sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás, limitación en la capacidad afectiva, sensación de acortamiento del futuro, todo esto lo podemos resumir en un embotamiento de la respuesta ante el medio externo y de la reducción de implicación en el, siendo esto, el resultado del miedo incluido por la violación que produce restricciones sustanciales en el estilo de vida y en las actividades de la víctima después de una violación.

“La agresión ocurrió en una combie de transporte publico; “Prefiero caminar, en cada chofer lo veo a él, no quiero abordar la combie, ya no quiero saber nada de lo sucedido, lo voy a olvidar, tarde o temprano, si ya no me hacen recordar.”

(Esperanza 19 años)

D.- Síntomas persistentes de hiper-activación (no existentes antes del trauma).

Muestran una respuesta de alarma exagerada, que se manifiesta en dificultades de concentración, en irritabilidad o explosiones de ira, hiper-vigilancia y especialmente problemas para conciliar el sueño o mantenerlo.

Los síntomas más frecuentes son las conductas de evitación, hiper-alerta, los problemas de concentración y la intensificación de los síntomas cuando se exponen a indicadores relacionados con la violación.

“Posiblemente él o su familia ya saben donde vivo, me van a buscar, van a tomar venganza por haberlo denunciado, no quiero dormir para no soñar con él.”

(Lizbeth, 14 años)

TABLA 2

Criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático en el DSM-IV

(American Psychiatric Association, 1994)

A.- La persona ha estado expuesta a un suceso traumático e el que concurren las siguientes circunstancias:

- 1) La persona ha experimentado, ha sido testigo o se ha enfrentado a un(os) sucesos que implica, la muerte, la amenaza de muerte, una herida grave o un riesgo a la integridad física de uno mismo o de otras personas.
- 2) La reacción de la persona lleva consigo respuestas intensas de miedo de indefensión de horror.

Criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático en el DSM-IV

(American Psychiatric Association, 1994)

B.-El acontecimiento traumático sé reexperimenta persistentemente por lo menos es una de las siguientes:

- 1) Recuerdos desagradables, recurrentes e intrusivos del suceso, que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
- 2) Sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso.
- 3) Conductas o sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera sucediendo de nuevo
- 4) Malestar psicológico intenso cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto de acontecimiento traumático.
- 5) Reactividad fisiológica cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.

C.- Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y falta de capacidad general (no existe antes del trauma), que se opone al manifiesto, al menos, tres de los siguientes fenómenos:

- 1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados con el trauma.
- 2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que provocan el recuerdo del trauma
- 3) Incapacidad para recordar algunos aspectos importantes del trauma.
- 4) Disminución del interés o en la participación de actividades significativas.
- 5) Sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás.
- 6) Limitación en la capacidad afectiva(por ejemplo incapacidad de enamorarse).
- 7) Sensación de acortamiento de futuro(por ejemplo no confía en realizar una carrera, casarse, tener hijos o vivir una larga vida).

D.- Síntomas persistentes de hiperactivación(no existentes antes del trauma), que se ponen

de manifiesto en al menos, dos de los siguientes fenómenos:

- 1) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
- 2) Dificultades de concentración
- 3) Dificultades de concentración.
- 4) Hipervigilancia.
- 5) Expuesta de alarma exagerada.

E.- La duración del trastorno descrito en los apartados B,C,D es superior a un mes.

F.-El trastorno ocasiona un malestar clínico o es causa de una alteración significativa en el funcionamiento social, laboral o en áreas importantes de la vida.

Todos estos aspectos conllevan a una interferencia significativa en su funcionalidad social, laboral o escolar y personal, en una pérdida de interés por lo que anteriormente resultaba atractivo, llegando a un adormecimiento afectivo, un tipo de anestesia psíquica para expresar y recibir sentimientos afectivos.

Para hacer más claros los síntomas que padecen las víctimas de violación relacionadas con el Síndrome de Estrés Posttraumático los dividiremos siguiendo el modelo de perfil de personalidad CASIC de Lazarus, para su evaluación lo divide en cinco áreas: el área afectiva, área cognitiva, área conductual y el área interpersonal y somática. Tomado de Intervención en Crisis de Slaikeu (1996)

C.A.S.I.C. (Slaikeu 1996)

ÁREA AFECTIVA.

Presenta sentimientos de embotamiento para expresar y captar sentimientos de intimidad y ternura.

Sentimientos de irritabilidad y enojo para con el agresor, el medio que le rodea, incluso con ella misma.

Sentimientos de tristeza respecto a su persona y para con las personas que le apoyan.

Sentimientos de inseguridad respecto a su persona en general tanto en su vida actual como futura.

Presenta sentimientos de impotencia.

Sentimientos de frustración.

Presenta vulnerabilidad.

Sentimientos de desamparo.

Presenta baja autoestima.

Se expresan o se ocultan los sentimientos

ÁREA CONDUCTUAL.

Algunas víctimas presentan problemas de adicción a algún tipo de estimulante (café, chocolate, cigarro, coca-cola) así como problemas con fármacos y alcoholismo, aunque esto no sea frecuente.

Presenta una conducta desorganizada.

Conductas evitativas.

Cansancio constante.

Desinterés en actividades significativas.

Alteraciones en la actividad (hipo activa o hiperactiva).

Hipervigilancia.

Respuesta de alarma exagerada.

Algún tipo de fobia: salir a la calle, a estar sola, a la oscuridad, al agua, etc.

Pueden presentar una conducta autodestructiva.

Exposición a factores de riesgo.

Se evalúan sus patrones de trabajo, escolares, de interacción, descanso, hábitos alimenticios, comportamiento sexual, hábitos de sueño, actos suicidas, homicidas o de agresión.

ÁREA SOMÁTICA.

Se evalúa el funcionamiento físico general, salud.

Tensión muscular.

Cefalea.

Reactivación fisiológica ante circunstancias similares.

Alteraciones digestivas.

Estado general de tensión/ relajación

Dermatitis.

Anorexia.

Trastornos sexuales (anorgasmia, vaginismo, etc).

Sensibilidad de la visión, el tacto, el gusto, la percepción y el oído.

Presencia o ausencia de tics.

ÁREA COGNITIVA.

En esta se evalúan las representaciones mentales acerca del pasado o el futuro: auto imagen: metas, creencias tanto religiosas como sociales, filosofía de la vida, catastrofización, sobre generalización, delirios, alucinaciones, actitud general ante la vida.

Sentimientos de culpabilidad y / o de vergüenza por la atribución sesgada de lo ocurrido, a los errores cometidos por ella misma, en la relación con los pensamientos obsesivos de lo que pudo haber hecho y no hizo, así como por el peso social y religioso. Esta auto inculpación puede dañar seriamente la autoestima de la víctima y dificultar la readaptación emocional posterior. En este punto se pueden presentar fenómenos disociativos.

Desvalorización que va de la mano con el punto anterior, donde el peso social y religioso juegan un papel muy importante en especial con el concepto que le atribuye a la mujer, centrándose en el concepto de virginidad y fidelidad, siendo así que si ya no eres virgen, automáticamente te conviertes en una mujer de segunda o él haber “tenido relaciones sexuales con otro hombre que no es su esposo, la convierte en infiel, una mujer mala”.

Presenta una atención dispersa.(alteración)

Contenido de pensamientos alterado, esta alteración puede ser tanto en lo relacionado con el evento, pensamientos recurrentes, flashbacks, tener la sensación de revivir la experiencia traumática, sensación de ser juzgada y rechazada.

Puede presentar la creencia de inseguridad.

Dificultad para planear y anticiparse.

Dificultad para concentrarse.

Sensación de acortamiento del futuro(no confía en realizar una carrera, en poder casarse, catastrofizando su futuro, percibiéndolo como desalentador).

Pesadillas relacionadas con la agresión.

ÁREA INTERPERSONAL.

En el que evaluara la naturaleza de sus relaciones interpersonales: fortalezas y problemas interpersonales, número de amigos, frecuencia del contacto con ellos, papel asumido con los mismos (pasivo, independiente, líder como igual); estilo de resolución de conflictos (asertivo, agresivo, aislado); estilo interpersonal básico (congeniante, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente)

Evita relacionarse con personas que provocan el recuerdo del trauma, en este caso hacia la figura masculina.

Dificultad para establecer relaciones interpersonales nuevas y de mantener las ya existentes.

Puede volverse totalmente dependientes de algunos miembros de la familia y/o amigos.

Aislamiento social.

Como podemos observar se presentan una serie de alteraciones en las áreas antes descritas, presentando un malestar clínico o un malestar significativo que limita su funcionamiento personal, social, laboral, escolar, etc; cumpliendo con este punto, otro de los criterios para clasificarlo como Síndrome de Estrés Postraumático.

2.1 TIPOS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Según el DSM-IV (APA.1994), un diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático requiere de la presencia de síntomas expuestos en la tabla 2 DURANTE UN PERIODO SUPERIOR A UN MES. En caso de no ser así, se considera como un trastorno de estrés agudo, que dentro de ciertos límites temporales, puede tratarse de una reacción adaptativa ante el suceso experimentado.

El trastorno de Estrés Postraumático puede presentarse de una forma **AGUDA**, cuando la antigüedad de los síntomas es inferior a tres meses, o de una forma **CRÓNICA**, cuando la duración de los mismos es superior a este periodo temporal. Existe una variante adicional que es la presencia de este trastorno con un comienzo **RETARDADO O DIFERIDO**, que se caracteriza por el inicio de los síntomas mucho tiempo después, al menos seis meses después de haber sufrido la agresión.

Las variables de las que depende el comienzo diferido del estrés postraumático, si bien es preciso aclarar que desde un inicio presentan algunos síntomas pero de una forma atenuada, incluso creer que estos han llegado a desaparecer, en algún momento de su vida aparecen o se presentan algunas situaciones nuevas, como el tener una relación de pareja, estresores de la vida cotidiana como son divorcio, pérdida de seres queridos, del empleo, etc; que pueden actuar como sucesos desencadenantes que reactivan el trastorno de estrés postraumático, que se encontraba en estado latente (Corral y Echeburua, 1995).

La distinción entre los tipos de estrés postraumático resulta indispensable ya que desde una perspectiva psicopatológica se permite diferenciar los síntomas del trastorno de estrés postraumático en sus diferentes fases, y por el otro lado el brindar un tratamiento terapéutico adecuado.

2.2 COMORBILIDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Existe una comorbilidad muy alta en el trastorno del estrés postraumático, que puede ser fruto de la impresión de los límites con otras entidades nosológicas, así como la definición misma del trastorno.

Existe una comorbilidad de este trastorno con la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social. La asociación frecuente entre la depresión y el trastorno de estrés postraumático se explica por la presencia de este en algunos síntomas característicos de aquel, como por ejemplo; la pérdida de interés o participación de las actividades que anteriormente despertaba su interés, la sensación de acortamiento del futuro, evitación de personas, alteración de sueño, desde esta perspectiva se podría reconceptualizar el trastorno de estrés postraumático como una variante de la depresión (Keane y Wolfe, 1990).

Asimismo, sucede con el trastorno de estrés postraumático y la ansiedad compartiendo criterios como son la hiperactividad psicofisiológica entre otros, por lo que consideramos indispensable incluir y definir tanto a la depresión como la ansiedad, para que nos quede claro los criterios que pueden compartir y cuáles son sus propios de cada trastorno.

2.3 ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Desde una perspectiva etiológica, existen varios modelos para explicar el trastorno de estrés postraumático:

MODELO DE CONDICIONAMIENTO.

Explica a través de las teorías del aprendizaje, el condicionamiento clásico, generalización de estímulos, condicionamiento de orden superior y aprendizaje de evitación; los sentimientos de terror, indefensión y de ansiedad extrema permiten predecir, el desarrollo futuro relacionados con el trauma.

El acontecimiento estresante funciona como una situación de condicionamiento clásico en la que las vivencias experimentadas por la víctima dolor, falta de control en la situación, miedo, amenaza de perder la vida, etc; estos funcionan como estímulos incondicionados, que a su vez producen una respuesta incondicionada de ansiedad y de terror, al presentarse con el tiempo una serie de estímulos condicionados que se encuentran en el medio ambiente asociándolos con situaciones similares a la agresión sufrida oscuridad, desconocidos, hombres desconocidos salir a la calle, pasar por baldíos, que dependerán de cómo se vivió la agresión y por quien se recibió, estos actuarán como estímulos condicionados que generan respuestas de ansiedad y miedo por asociación con la experiencia de trauma vivido, por lo que a mayor número de estímulos condicionados, mayor magnitud de ansiedad y miedo (Corral, Echeburua y Sarausa, 1989).

Para las víctimas de violencia sexual, las predicciones derivadas de este modelo son las siguientes (Kilpatrick, 1992):

1.- Las víctimas están más temerosas y ansiosas que las que no son, la exposición repetida a una agresión sexual aumenta la magnitud de miedo.

2.-Las situaciones que generan ansiedad, se relacionan con estímulos relacionados con la violación, que son numerosos por el proceso de generalización de estímulos, por lo que cualquier conducta que se encuentre dentro de estos estímulos desencadenará una respuesta de ansiedad.

3.-El presentar una ansiedad anticipatoria, da como consecuencia que se presente una conducta de evitación ante situaciones lúdicas y de relación interpersonal. Al desaparecer o disminuir con esta conducta la ansiedad o miedo reforzará la conducta de evitación. Pero la reducción de las actividades sociales y de ocio, así como relacionarse en actividades de relaciones eróticas y de ternura, provoca una disminución de la cantidad de reforzamiento positivo, que implicará la aparición de la depresión, esta a su vez tendrá una fusión de disminución de autoestima, que depende de la atribución de responsabilidad en la agresión sufrida o en las conductas inapropiadas manifestadas durante la misma.

4.-Asimismo las interacciones con el sistema judicial, generan un grado de ansiedad extremo, por lo que en muchas ocasiones prefieren no presentarse en estas circunstancias, para no sufrir una segunda victimización ya que se presentan muchos estímulos condicionados relacionados con la agresión.

TEORÍA DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA Y DE LA EVALUACIÓN COGNITIVA.

Esta teoría nos explica por que muchas personas ante una agresión se paralizan, son pasivas y se sienten culpables tras el suceso de agresión, presentándose síntomas depresivos, que se desarrollan en las víctimas cuándo están en situaciones adversas que se perciben como incontrolable (fuera de su control) y la que su conducta no tiene consecuencias efectivas (Kushner, Riggs, Foa y Miller, 1992).

Las víctimas llevan acabo atribuciones internas, estables y globales, culpándose por el suceso, atribuyéndose la responsabilidad de lo ocurrido-“*yo tuve la culpa de lo sucedido, soy una tonta, mi torpeza no dejará que pueda prevenir un ataque*”- cuando se tienen este tipo de atribuciones resulta más grave el cuadro, ya que lo acentúa, diferenciándolo de las que hacen atribuciones externas, inestables y específicas-“*tuve mala suerte, le podría haber sucedido a cualquier otra persona etc*”-.

La evaluación cognitiva de lo ocurrido juega un papel muy importante, ya que durante el proceso de evaluación cognitiva la víctima interpreta y da un significado a los sucesos, formando esquemas cognitivos, estos pueden llevar a una víctima a percibirse a si misma, al entorno y al futuro como negativos y desarrollar pensamientos irracionales relacionadas con la agresión vivida. Los mitos respecto a la violación son determinantes que están arraigados a nuestra sociedad pudiendo influir para responsabilidad a una víctima de una violación, formando por lo consiguientes esquemas negativos.

La depresión dentro de este trastorno puede deberse a la disminución del auto estima, que puede ser resultado de esta evaluación cognitiva distorsionada y de las atribuciones de culpabilidad.

TEORÍA DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

Esta explica la reexperimentación persistente del acontecimiento traumático, así como de las estructuras cognitivas del miedo (Foa, Feske, Murdock, Kozack y Mc Carthy en Echeburrua E y Corral p, 1995).

Refieren que este cuadro clínico sucede a partir de sucesos adversos impredecibles / incontrolables que no han sido procesados emocionalmente de forma adecuada y que interfieren en la integración cognitiva y emocional de otras experiencias y conductas.

Cuando determinados estímulos activan una respuesta de miedo ya generalizado, se da una fuerte explosión de activación en forma de alarma por ejemplo y una re experimentación del acontecimiento traumático, que trae como consecuencia unas estrategias de afrontamiento basadas en intentos de evitación o escape de miedo.

2.4 FACTORES PREDICTIVOS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VICTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL.

Los déficit de asertividad, que hacen a una persona mas vulnerable que otra, y haber sido objeto de una agresión sexual durante la infancia, así mismo, el haber sido victima de una agresión sexual anterior en su vida adulta, son factores de riesgo. Sin embargo no todas las victimas presentan este cuadro de antecedentes.

Las diferencias individuales de reacción ante una violación depende de las siguientes variables (Kilpatrick,1992;Steketee y Foa, 1987 en Echeberrua y Corral, 1995):

- a) Cada una de las victimas cuenta con habilidades especificas para hacer frente al estrés, que depende de la historia previa, del apoyo social y familiar, del nivel de estabilidad emocional en el momento de la agresión sexual.
- b) Las repercusiones psicológicas inmediatas de la victima son una función combinada a la intensidad de la violación como estresor y de las habilidades de la victima para hacer frente a la situación, así como de los recursos con los que cuente.
- c) Las interacciones sociales de la victima después de la agresión con familiares, amigos, autoridades judiciales, terapeutas, etc, pueden tener efectos positivo, negativos o mixtos en la readaptación emocional posterior, pueden tener efectos varios efectos siendo productores de estrés mas agudo, así como puede aumentar las habilidades de afrontamiento o presentarse ambas.

Se puede predecir la gravedad del problema a largo plazo a partir de la intensidad inicial del trastorno a los pocos días de la agresión, a mayor intensidad en los primeros días, mayor será la probabilidad de que se agudice el síntoma, pasando de un Síndrome Post violatorio a un Síndrome de Estrés Postraumático.

Las características propias del evento de violación (grado de violencia, lesiones físicas, uso de armas, duración de la agresión, etc.) influyen, en las reacciones a largo plazo y en algunas a corto plazo, ya que una violación donde el tiempo del ataque es prolongado, se usaron armas, tortura física y

emocional, aun contando con apoyo familiar y social, habilidades de afrontamiento, la magnitud de la violencia usada en el ataque no permitirá, que se logre un ajuste a largo plazo, este solo se lograra a través de una atención especializada.

2.5 DEPRESIÓN.

La depresión es un malestar que afecta todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos; afecta la forma en que una come y duerme, el deseo sexual, la opinión de una misma y el concepto de la vida en general. Un trastorno de ánimo depresivo no es un estado de ánimo triste, pasajero; tampoco es una señal de debilidad personal o una condición que se pueda alejar a voluntad.

Las personas que sufren una depresión no pueden tan solo animarse de inmediato, sentirse mejor. Los síntomas pueden durar semanas, meses o años, pero un enfoque adecuado permite modificar este estado incluso logra que la persona que supera una depresión enriquecida y fortalecida de ella.

Los trastornos depresivos se presentan bajo formas diversas, al igual que sucede con otras enfermedades.

Los cuadros depresivos varían desde estados de duelo normal por la muerte de un ser querido hasta trastornos más severos en los que surgen ideas delirantes de desvalorización, de rutina, de enfermedades imaginarias o de culpa por presuntos prejuicios cometidos en contra de los demás o que estos han cometido en contra de ella.

2.6 SINTOMAS.

No todas las personas que presentan depresión, experimentan todos los síntomas, algunos solo se presentan algunos y otros no se dan cuenta de que se encuentran deprimidos, porque a pesar de no sentirse bien, las manifestaciones del malestar adoptan una fisonomía atípica, así las depresiones encubiertas, otras se sienten abrumados.

Los síntomas varían, según las personas:

1.- Estado de ánimo persistentemente triste, ansioso o sensación de vacío, la cara larga y taciturna, la falta de expresividad en el rostros, los párpados caídos, la mirada perdida o distraída es la carta de presentación de la persona deprimida, esto se puede acompañar de cierto descuido en su aspecto personal. Puede haber variaciones diurnas del humor, el despertar puede ser un tormento, ya que se tienen que enfrentar a las exigencias del día que se les presenta, ante las cuales se sienten incompetentes, agobiadas y quisieran no despertar. Cuando el desanimo se acompaña de ansiedad, lo que predomina es la ansiedad, nerviosismo, un tipo de actividad o movimiento sin propósito o sin sentido. También puede aparecer una queja verbal constante, así como la acentuación compulsiva de algunos hábitos (tabaquismo, alcoholismo, comer demasiado o dejar de comer, etc.).

2.-Sentimientos de desesperanza y pesimismo, se suelen describir con expresiones como sentirse en el fondo de un abismo, no ver nada, la meta se le cierra, esto con la convicción de que los problemas no tienen solución ni salida.

Se sienten prisioneras de acontecimientos del pasado, flotan en recuerdos de experiencias desagradables. El futuro no se dislumbra, ya que

han perdido todo potencial para el desarrollo, existe una perturbación en el sentido del tiempo y un sentimiento de opresión.

El grado la intensidad de desesperanza es un indicador importante del grado de la depresión y del riesgo del suicidio. Al experimentar pensamientos delirantes, de ruina y de catástrofe, las personas deprimidas, pueden considerar el suicidio como una salida viable.

3.- Sentimientos de culpa, inutilidad e incapacidad. Estos sentimientos pueden ser inconscientes o por lo contrario en consistir en un sistema tan férreo y vigoroso como para alcanzar el carácter de ideas delirantes (pensamientos irreales y falsos, que se apoderan de ante de las personas) son juicios auto descalificativos, esto tiene su origen en las sensaciones subjetivas de inadecuación, defecto o deficiencia personal que se le denomina trastorno de autoestima.

4.- Pérdida de interés o placer en actividades que anteriormente se realizaban, incluyendo el sexo. La apatía es tan generalizada que produce una especie de anestesia emocional. El deseo sexual desaparece y el síntoma constituye un peligro adicional, pues puede correr el peligro de perder a su pareja o verse limitada a tener una pareja por este aspecto, este pensamiento la puede deprimir aun mas.

5.- Insomnio e hipersomnio uno de los primeros síntomas de la depresión es el insomnio, que le impide sentirse descansada para realizar las actividades cotidianas, después de noches que no duermen. A la ansiedad propia de la depresión se suma a la que llena de temor las noches, por lo que una persona deprimida se puede volver consumidor de hipnóticos.

6.-Disminución de energía, fatiga, inhibición psicomotriz. Voz monótona, movimientos lentos, falta de ganas para realizar cualquier

actividad, que se caracteriza por una apatía, con cansancio infinito que le trae como consecuencia un sentimiento de incapacidad, conflictos en su medio ambiente que agudiza el cuadro depresivo.

7.-Inquietud e irritabilidad. En muchas ocasiones los sentimientos de tristeza y desánimo no son los mas relevantes, la irritabilidad, el explotar ante cualquier situación, constituyen la regla y contribuyen a enmascarar la depresión. Rabia contenida, tedio y fastidio con matices de una depresión declarada o en un periodo de incubación.

8.-Dificultad para tomar decisiones, trastornos de memoria, problema para concentrarse. Aunque las funciones cognitivas se mantienen conservadas e intactas, la persona deprimida tiene una afectación por la apatía, todo ello, le resta eficacia intelectual. Otro problema que origina el sufrimiento adicional es la indecisión que puede llegar a extremos inusitados.

9.-Ideas e intentos de suicidio.

2.7 CONCEPTUACIONES COGNOSCITIVAS DE LA DEPRESIÓN.

Se dice que las personas deprimidas tienen una tríada cognoscitiva negativa, tienen una perspectiva negativa de si mismos, del mundo, del futuro, esto es lo que da origen a muchos de los síntomas que se presentan en la depresión como son: la parálisis de la voluntad, que se deriva de su desesperanza y pesimismo, la dependencia a otras personas, situaciones y cosas se consideran como resultado de su punto de vista de ellos mismos como incompetentes y su tendencia a sobrestimar la dificultad de sus tareas de la vida diaria sobre estimando sus propias habilidades, dado que solo esperan fracasos vuelven la vista a otros en busca de ayuda y seguridad.

La depresión presenta sus propias formas de distorsión, que Beck (1970) reúne bajo su definición de “tríada cognitiva” (1970) compuesta por:

- 1)Expectativas negativas respecto al ambiente.
- 2)Auto apreciación negativa.
- 3)Expectativas negativas respecto al futuro.

Dentro de esta tríada cognitiva la persona deprimida se ve así misma como deficiente e inútil, interpretando todo lo que le ocurre, el presente como algo imposible de realizar. Por lo que se encuentra negativo respecto a su futuro y presente.

Para poder llegar a esta tríada cognitiva será indispensable analizar su esfera personal que es el concepto clave para comprender el significado que damos a los objetos tangibles e intangibles, en la cual encontramos sentido a nosotros mismos y a los que nos rodean, es un constructo que integra todas aquellas características que poseemos, que nos conforman y definen (Beck, 1976). Esta esfera junto a los errores sistemáticos de pensamiento que mantienen o distorsiones cognoscitivas que son errores sistemáticos de pensamiento que mantienen la creencia del paciente sobre la validez de sus conceptos negativos, a pesar de la evidencia en contra las mas destacadas son:

Interferencia arbitraria: La tendencia a extraer una conclusión en ausencia de evidencia que le apoye “no voy volver a ser feliz”

Abstracción selectiva: La tendencia a enfocarse en un detalle negativo del ambiente y a basar cualquier conclusión, relativa, a la experiencia, sobre

este detalle negativo, mientras que se le ignoran los rasgos mas importantes de una situación “no tengo nada que ofrecer”.

Sobre generalización. La tendencia a extraer conclusiones globales (por ejemplo de la propia valía o capacidad) con base en un hecho o incidente aislado “soy una tonta”.

Maximización y minimización. La tendencia a enfatizar en demasía el significado o magnitud de sucesos y a sub enfatizar el significado o la magnitud de experiencias positivas, “soy una inútil”.

Personalización. La tendencia a tomar la responsabilidad por las cosas que tienen poco o nada que ver con uno mismo, “ soy culpable por haber provocado la violación”.

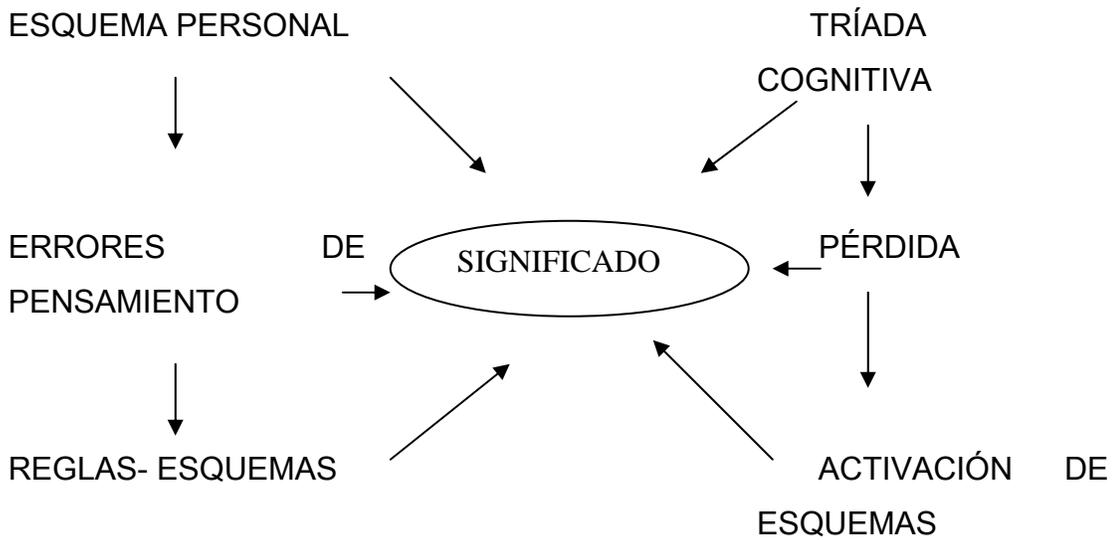
Pensamiento absolutista o dicotómico. La tendencia a pensar en términos extremos o absolutos, “ todo me sale mal”.

A medida que se desarrolla la depresión, se vuelven mas frecuentes e intensos los pensamientos automáticos negativos, este incremento en pensamientos negativos se facilita por el cada vez mas penetrante estado de animo deprimido que experimenta el paciente, así se da un circulo vicioso, el incremento de pensamientos automáticos negativos aumenta el efecto depresivo; el efecto depresivo, por su parte, contribuye a que la persona tenga mas pensamientos automáticos negativos.

Estos pensamientos que están conectados con los esquemas y reglas personales que son las estructuras cognitivas relativamente estables que canalizan el proceso de pensamiento, tanto si están estimuladas o no por a situación ambiental inmediata, llevan a la persona deprimida que considere que carece de valor, de autoestima y de amor de los demás, lo que percibe su perdida, a raíz de esta se produce un estado de melancolía, caracterizado psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad para amar, todas las funciones y la disminución del amor propio, descuidando sus necesidades básicas.

Podemos afirmar que la esfera personal, junto con los errores de pensamiento (distorsiones) y las reglas y esquemas, aportan un significado a las situaciones, dado como resultado que la persona piense que carece de algo, produciéndose, de nuevo, la activación de esquemas, y la tríada cognitiva (Carol en Buela Casal y Caballo, 1991). (FIG.1)

ESQUEMA BASICO DE LA TERIA DE BECK. FIGURA 1



Es muy importante prestar especial atención a los pensamientos automáticos que se desprenden dentro de la depresión, para activar los esquemas y tríada cognitiva, estos pensamientos e imágenes que se presentan en situaciones de depresión, se caracterizan por ser poco razonables, disfuncionales, repetitivos e idiosincráticos, aunque laudables a los ojos de quien sufre el cuadro depresivo (Beck, 1970).

2.8 ANSIEDAD

La ansiedad es un trastorno, que esta presente en muchos trastornos de conducta, sin embargo, el área de la ansiedad y de sus alteraciones nucleares no esta bien delimitada.

2.8.1 CONCEPTUACIONES COGNITIVAS DEL TRASTORNO POR ANSIEDAD

De acuerdo con el modelo cognoscitivo de la ansiedad, las cogniciones de los pacientes con trastorno por ansiedad se centran alrededor de temas de peligro anticipado y vulnerabilidad extrema, vinculan el origen de los trastornos por ansiedad a mecanismos de supervivencia fisiológicos, conductuales y cognoscitivos, seleccionados de manera natural, que evolucionaron para ayudar a los organismos que evitan amenazas y peligro.

Sin embargo en los pacientes con trastornos de ansiedad estímulos no amenazantes disparan estos mecanismos.

Cognoscitivamente, estos pacientes tienden a sobreestimar la probabilidad o gravedad del suceso temido y subestimar su capacidad para enfrentarse a este, ya sea de manera independiente o con asistencia.

El trastorno por ansiedad se caracteriza por un temor a un desastre interno eminente, se dice que los pacientes con angustia tienen una tendencia relativamente constante a considerar que las sensaciones físicas inesperadas son signos de que sé esta muriendo, se están volviendo locos o que pierden el control. En el trastorno por ansiedad los pacientes interpretan mal, de manera constante las sensaciones corporales o mentales como

signos de un catástrofe inminente. Después de que se ha desarrollado esta tendencia, los pacientes con angustia sobre vigilan estas sensaciones y enfocan su atención hacia el interior, buscando sensaciones de ansiedad. A la larga, se desarrolla un círculo vicioso en el que las malas interpretaciones catastróficas de estímulos físicos producen un incremento en la ansiedad que sirve para activar, aun más, el sistema nervioso autónomo. La activación incrementada, por su parte, provee al paciente nueva “evidencia” de que es inminentemente algún tipo de catástrofe interna.

En lo antes expuesto nos damos cuenta de la gran importancia que tiene para nuestro trabajo la evaluación de los trastornos mencionados, hacer una diferenciación respecto a la sintomatología asociada a cada uno de ellos, ya que muchos profesionales podrían considerar únicamente algunos síntomas clasificando por ejemplo, una depresión, ignorando los demás síntomas, ya que estos pueden ser parecidos.

CAPITULO III. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.

3.1 DEFINICIÓN.

En la actualidad nos encontramos con diversas definiciones, sobre lo que es la Terapia Cognitivo Conductual. Un modelo cognitivo en psicoterapia es mas que la suma de una serie de técnicas, puesto que se rige por unos principios teóricos terapéuticos que justifican su modo de acción y lo distinguen de otros modelos cercanos o lejanos en su propio campo, para hablar de terapia cognitiva supone mantener y asumir determinados criterios teóricos (Arnkoff y Glass, 1982, en Buela y Caballo, 1995):

1.-Todos los enfoques rechazan el asociacionismo y mecanismo conductista, este planteamiento supone prestar una atención especial a algo fundamental, la estructuración que de la experiencia hace cualquier ser humano (Davison, 1982, en Buela Casal y Caballo, 1995).

2.-Se defiende la existencia de estructuras y procesos cognitivos que median el impacto de la experiencia social y guían el procesamiento de la información.

3.-Los procesos cognitivos funcionan como heurísticos.

4.-Las personas crean activamente su experiencia.

Como principios terapéuticos de las terapias cognitivas; Conviene señalar los siguientes (Bedrosian y Beck, 1980 en Buela Casal y Caballo, 1995).

1.- Un paciente tratado con terapia cognitiva debe aprender a distinguir entre la realidad y la percepción de esa misma realidad.

2.-Esta percepción de la realidad, se ve modificada, y esta sujeta, a diversos procesos cognitivos, que son en si mismos frutos del error, y de sesgos.

3.- Por lo que logra conseguir que el paciente asuma y contemple sus creencias como hipótesis, con los que la convierte en un fenómeno sujeto a verificación, negociación y modificación.

Freeman (1995) citado en Buela Casal y Caballo define a la terapia cognitiva como una forma de tratamiento a corto plazo, que se caracteriza por ser activa, directa, y en la que el terapeuta y paciente trabajan en forma conjunta, la meta de la terapia va ser la de apoyar a los pacientes a que descubran su pensamiento disfuncional e irracional, comprueben en la realidad su pensamiento y su conducta, tanto inter como intrapersonal, específicamente, los terapeutas cognitivos trabajan directamente con hipótesis que proponen sus pacientes, con las estrategias para comprobarlas, y con sus opciones se centra más en la reestructuración del pensamiento, que en su reformulación, en la interacción mas que en la interpretación, en la dirección, mas que en la no dirección, y en la colaboración mas que en la confrontación.

Por lo que se afirma que la terapia cognitiva ofrece un modelo de afrontamiento (coping) y no un modelo de maestría (mastery), la meta esta en curar al paciente enseñándole como desarrollar mejores estrategias de afrontamiento para ayudarle a manejar sus circunstancias de la vida. La es que el paciente aprenda a hacerlo por si mismo, no fomentando la

dependencia en el terapeuta, en seguida hablaremos de los diez principios básicos y generales de la terapia cognitiva dados por Beck (Tabla 1)

TABLA 1. Los diez principios básicos de la terapia cognitiva de Beck.

1.- Modelo cognitivo de los trastornos emocionales.	6.-Es estructurada y directiva.
2.- Empleo del método socrático.	7.-Orientada hacia los problemas.
3.-Es breve y con límite de tiempo.	8.- Se basa en un modelo educativo.
4.-Condición necesaria: una buena relación terapéutica.(condición de todos los enfoques terapéuticos)	9 Basada en el método científico (inductivo).
5.-Se basa en un esfuerzo colaborador entre paciente terapeuta.	10.- Aspecto central: el de llevar tarea a casa

3.2 PRINCIPIOS GENERALES.

1.-SE BASA EN UN MODELO COGNITIVO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES. Afirma que la manera en que las personas estructuran sus experiencias (como perciben, interpretan y asignan significado a los sucesos), juega un papel importante en la determinación de sus respuestas emocionales y conductuales a esos sucesos. Es decir, lo que la gente piensa, afecta como se siente. Por ejemplo, cuando las personas interpretan sus problemas como desesperados, tendrán como resultado

sentimientos de tristeza y decepción. Cuando interpretan una situación como peligrosa, sentirán ansiedad y desearán escapar. (Bellack, 1993)

De acuerdo al modelo, creencias fundamentales o básicas, actitudes y suposiciones de sí mismo, y del mundo, guían la percepción, interpretación y memoria de la persona acerca de los sucesos que experimentan, estas creencias se derivan de las experiencias pasadas introyectadas socialmente, que pueden estar o no estar sujetas a una inspección conciente por parte del individuo, algunas de estas creencias básicas tienden a ser absolutas y rígidas, resistentes al cambio, se asocian con situaciones extremas cuando se las viola y pueden interferir en la obtención de metas o de recuperación de algún estado específico, resultado de algún evento traumático.

Se dice que las creencias relacionadas se asocian dentro de la memoria y forman estructuras cognoscitivas mayores que se les denominan esquemas. Una vez que se forman y activan, los esquemas facilitan el proceso de información consistente con el contenido del esquema y obstaculizan el procesamiento de la información inconsistente con el contenido del esquema, produciendo un sesgo sistemático dentro del procesamiento de información que resultará de forma exagerada y persistente de reacción emocional normal. La naturaleza específica del sesgo determina que tipo de síntomas o síndrome exhibirá un paciente dado.

Es así que una persona cuyo pensamiento se centra de modo selectivo en temas de pérdida o privación, tiendan a deprimirse, así como una persona cuyo pensamiento se preocupa principalmente por temas de amenaza o peligro, se sienta ansiosa y tensa, por lo que cada trastorno se caracteriza por un perfil cognoscitivo específico.

Cuando se activan los esquemas por sucesos críticos que se relacionan con el contenido específico de las creencias disfuncionales de un

individuo, produce un repunte de “pensamientos automáticos”. Los pensamientos automáticos son pensamientos e imágenes que suceden de manera espontánea y le parecen válidos y razonables al paciente, estos son específicos, discretos e idiosincráticos, y pueden consistir en interpretaciones de experiencias actuales, predicciones acerca del futuro o recuerdos de su pasado, los pensamientos automáticos reflejan las creencias básicas del individuo y se asocian con el efecto.

2.-MÉTODO SOCRÁTICO.

La terapia cognitivo-conductual utiliza principalmente el método socrático, también llamado, “descubrimiento guiado”, que es una estrategia que consiste en hacer una serie de preguntas para ayudar a los pacientes a identificar pensamientos que se asocian con sentimientos y les ayuda a cuestionar y evaluar sus propios pensamientos. Las preguntas ayudan a los pacientes a examinar de manera objetiva y no defensiva sus suposiciones, así, a través de la terapia, el terapeuta diseña experiencias y saca a relucir preguntas que alimentan a los pacientes a reevaluar sus percepciones erróneas y fomentar el desarrollo de nuevas habilidades y un estilo cognoscitivo más realista.

Además de ayudar al paciente a modificar sus creencias disfuncionales, utilizar el método socrático también sirve como un modelo en futuras estrategias para enfrentar situaciones, que el paciente puede utilizar, el paciente aprende a hacerse a sí mismo las mismas preguntas que el terapeuta le hizo, por ejemplo, “¿Cuál es la evidencia que tiene para creer esto?, ¿Cuál es la peor cosa que podría pasar en esta situación?”; esto es muy importante; ya que fomenta la no-dependencia del paciente en el terapeuta.

Las preguntas deben utilizarse para clarificar el significado de las creencias del paciente, para evitar malos entendidos. Cuando se examina la evidencia de las cogniciones del paciente, las preguntas son más eficaces que la refutación directa de los argumentos del paciente. Sin embargo se debe tener cuidado en no bombardear al paciente con preguntas, de no hacerlas una tras otra, ya que el paciente se puede sentir abrumado o atacado. El punto principal del método socrático consiste en dejar que los pacientes integren un cuidadoso interrogatorio sobre sus cogniciones con su propio monólogo interno con el fin de comprobar si están siendo realistas, para lograr esto, el terapeuta actúa como un modelo más activo al principio de la terapia y gradualmente, se vuelve más pasivo conforme el paciente va aprendiendo a hacerse preguntas.

Es indispensable señalar que el momento adecuado de las intervenciones es importante ya que este se debe realizar cuando el terapeuta ya tenga una hipótesis planteada, o dejar que el mismo paciente establezca la hipótesis del problema, esto marcará cuándo el terapeuta puede intervenir, siendo la clave del resultado positivo, por ejemplo, no interrumpir con una pregunta cuando el paciente esté relatando un suceso clave o importante, (violación) anotar, la hipótesis y posteriormente preguntar sobre la base de este monólogo.

También se fomenta el obtener una retroalimentación del paciente para examinar sus interpretaciones de las intervenciones del terapeuta.

3.- LA TERAPIA ES BREVE Y DE TIEMPO LIMITADO.

La naturaleza del tiempo limitado de la terapia ayuda a desalentar la dependencia del paciente.

4.- CONDICIÓN NECESARIA: UNA BUENA RELACIÓN TERAPÉUTICA.

Para obtener un máximo de eficacia, el terapeuta debe ser cálido, genuino, sincero en su relación con el paciente, incluyendo la tríada Rogeliana de *empatía* (capaz de ver y experimentar la vida en la manera en el que paciente lo hace), *aceptación y autenticidad*, sumamente necesarios para que la terapia consiga sus objetivos, por lo que cada terapeuta debe de prestar especial atención en su conducta con cada uno de los pacientes. El terapeuta debe contribuir en el establecimiento de esta alianza terapéutica.

5.-LA TERAPIA ES UN ESFUERZO DE COLABORACIÓN ENTRE EL TERAPEUTA Y EL PACIENTE.

La cognoscitiva es una empresa de colaboración; terapeuta y paciente trabajan juntos como investigadores, cuya meta común es identificar y modificar las distorsiones, creencias y suposiciones cognoscitivas que representan un problema para el paciente.

Terapeuta-paciente deciden juntos cuales deberían ser los problemas objetivo de la terapia y trabajan juntos para resolverlos, inicialmente el terapeuta debe explicar todos y cada uno de los procedimientos al paciente en forma clara y abierta.

6.-LA TERAPIA ES ESTRUCTURADA Y DIRECTIVA.

Las sesiones de terapia están estructuradas. Empiezan con una revisión de las tareas asignadas en la última sesión, le sigue llevar un orden para la sesión presente, cubrir los objetivos de esta, finalizando con una revisión y el establecimiento de tareas para casa.

7.-LA TERAPIA SE ORIENTA A LOS PROBLEMAS.

El paciente identifica problemas actuales que se deben atender y junto con la ayuda del terapeuta, identifica y corrige los pensamientos y conductas desadaptadas que mantienen estos problemas. Se espera que el paciente desarrolle habilidades independientes de autoayuda, dado que el terapeuta solo estará disponible durante un tiempo limitado, en el curso de la terapia, el centro de atención se puede cambiar para reestructurar material anterior o planificar para el futuro al anticipar y formular soluciones para obstáculos potenciales futuros.

8.- SE BASA EN UN MODELO EDUCATIVO.

Al utilizar una orientación enfocada y al apoyar al paciente a que aprenda a manejar situaciones y problemas específicos a medida que surgen, a través de enseñarle al paciente a autoevaluarse a través del método socrático, auto examinando la evidencia a favor de sus creencias.

9.-BASADA EN EL MÉTODO CIENTÍFICO.

Se les enseña a los pacientes a tratar sus problemas como hipótesis que se pueden evaluar de acuerdo con su veracidad y adaptabilidad, a considerar toda la información disponible y a revisarla con base en los datos recolectados. Se le enseña probar sus hipótesis. También el terapeuta se entrena a someter a prueba y revisar sus conceptualizaciones sobre el caso, con base a la retroalimentación por parte del paciente y los datos subsecuentes que surgen a medida que la terapia progresa, siendo este método una parte integral de la terapia.

10.- IMPORTANCIA DEL TRABAJO PARA CASA.

La finalidad de la tarea es esencial para proporcionar mas tarde evidencia del progreso del paciente, ya que ello ofrece un punto de comparación, le proporciona la oportunidad de descubrir algo nuevo acerca del asusto que enfrenta actualmente. Se le debe de explicar la meta y razón fundamental para todas las tareas, los pacientes se deben de involucrar de manera activa en el diseño de sus tareas. En estas se les pide a los pacientes que atiendan a sus pensamientos automáticos, debido a que la terapia tiene un tiempo limitado, es esencialmente involucrar al paciente entre la actividad terapéutica entre las sesiones.

Las tareas pueden dividirse en dos categorías: los experimentos y la evaluación continua. El propósito de los experimentos es el comprobar determinadas cogniciones; La evaluación continua consiste en la auto evaluación de los síntomas, actividades, estado de ánimo, ansiedad.

Sobre la base de estos diez principios podemos concluir que el modelo cognitivo se caracteriza por ser:

1.-Extremadamente educativo y reeducativo. Buscando el aprendizaje de nuevos patrones alternativos, formas diferentes de percibir la realidad, siendo el paciente el agente principal del cambio.

2.-La sesión terapéutica debe de estar preparada y estructurada, tener un manejo adecuado del tiempo, está centrado en puntos o temas importantes, esto permite alcanzar la metas en un tiempo adecuado, que suele ser breve, unas 20 sesiones aproximadamente.

3.-La utilización del método socrático, fomentará a establecer un dialogo continuo, reflexivo, cuestionador, encaminado a lograr el conocimiento interno (mejor conocido como insight) del paciente sobre las causas de su problema.

4.- Se entiende que el problema que presenta el paciente es dependiente de ciertas estructuras cognitivas, que aportan un significado especial a todo aquello que conoce a una persona y como lo conoce.

Siendo la meta de la terapia enseñar a los pacientes, 1) a vigilar sus pensamientos negativos, automáticos(cogniciones); 2) a reconocer las conexiones entre cognición, afecto y conducta; 3) a examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos automáticos distorsionados; 4) sustituir las cogniciones prejuiciadas por más interpretaciones orientadas hacia la realidad; 5) a aprender a identificar y alterar las creencias que los predispone a distorsionar sus experiencias .

3.3 LINEAMIENTOS BÁSICOS DE LA TERAPIA COGNITIVA.

FASE INICIAL

1. Familiarizar al paciente con el modelo cognitivo.
2. Fase inicial del tratamiento, el terapeuta tiene un rol mas activo que el paciente.
3. Generar una lista de los problemas.
4. Desarrollar y someter a prueba la conceptualización del caso.
5. Desarrollar un plan de tratamiento.
6. Enseñar al paciente a identificar pensamientos automáticos.
7. Producir reacciones en el paciente hacia las diversas técnicas y hacia el terapeuta.

FASE MEDIA

8. Utilizar pensamientos automáticos para ayudar a identificar la creencias básicas del paciente (suposiciones subyacentes).
9. Ayudar al paciente a dominar habilidades cognitivas para enfrentarse a situaciones.
10. Explorar el desarrollo de las suposiciones subyacentes.

FASE FINAL.

11. Dar al paciente mayor responsabilidad del tratamiento.
12. Examinar las creencias y sentimientos del paciente acerca de dejar el tratamiento.
13. Revisar metas obtenidas.
14. Preparar la terminación y enfocarse en como prevenir recaídas.
15. Hacer arreglos para sesiones “de esfuerzo” o llamadas telefónicas de seguimiento.

FASE INICIAL:

1.- Familiarizar al paciente con el modelo cognitivo.

El terapeuta debe de describir al paciente la razón y naturaleza de la terapia, poniendo especial atención en conceptos básicos como “pensamientos automáticos” y “creencias disfuncionales”, explicar la relación terapéutica donde ambos trabajaran en conjunto (paciente-terapeuta), para lograr resultados pronto, eficaces y permanentes, se le debe de dar los elementos con los que trabajaran para que el paciente pueda tener confianza en el proceso terapéutico.

2.-El terapeuta tiene un rol mas activo que el paciente.

Una lógica para esto, es que el paciente aun no ha aprendido y dominado totalmente los conceptos y tácticas de la terapia, otra es que el

terapeuta tiene varias funciones como el de desarrollar y someter a prueba una formulación tentativa del caso, elaborar un plan de tratamiento y producir, alivio a algunos síntomas.

3.-Generar una lista de problemas.

Esta deberá ser una lista detallada de las dificultades del paciente, generalmente el paciente se presenta con quejas generales y vagas, la función del terapeuta es ayudar al paciente a traducirlas en metas concretas y alcanzables.

4.-Desarrollar y someter a prueba la conceptualización del caso.

Al examinar la lista de problemas, el terapeuta debe de extraer los temas centrales o denominadores comunes entre las reacciones desadaptadas del paciente, formulando una hipótesis acerca del factor psicológico central o mecanismo subyacente a los problemas del paciente.

La reacción del paciente ante las hipótesis del terapeuta es un indicador útil de la validez de la formulación del caso, la eficacia de cualquier procedimiento de tratamiento, diseñado con base en la hipótesis del caso, puede proveer información útil concerniente a la certeza de esta, el estancamiento en el tratamiento fracaso en el mismo, sugieren la posibilidad de una hipótesis errónea del caso.

5.-Desarrollar un plan de tratamiento.

Este plan se desarrolla a partir de la (s) hipótesis del caso, se decide que tipo de técnicas son mas convenientes de utilizar, para obtener resultados satisfactorios.

6.-Enseñar al paciente a identificar pensamientos automáticos.

Esto se realiza a través de técnicas cognitivas, que mas adelante detallaremos.

7.-Producir reacciones en el paciente hacia las diversas técnicas y hacia el terapeuta.

Esto se da a lo largo de la terapia y no únicamente en la fase de inicio, realizando una evaluación de los efectos que se producen en el paciente al utilizar las diversas tácticas elegidas de acuerdo al caso, esto posibilita determinar que tan correcta o exitosamente se aplica la técnica, es conveniente que también se evalúen las reacciones del paciente hacia cada sesión y hacia el terapeuta mismo, el provocar esta retroalimentación facilita el desarrollo y mantenimiento de una buena relación terapéutica.

FASE MEDIA:

8.-Utilizar los pensamientos automáticos para ayudar a identificar las creencias básicas del paciente (suposiciones subyacentes)

Los temas comunes o consistentes que surgen de los pensamientos automáticos del paciente, reflejan las creencias básicas del mismo.

9.-Ayudar al paciente a dominar habilidades cognitivas para enfrentar situaciones.

Ya que el paciente es capaz de identificar sus pensamientos automáticos, el terapeuta le muestra como evaluarlos de una manera racional, para posteriormente centrarse en problemas mas complejos que involucran mas de un pensamiento o creencia desadaptiva.

10.-Explorar el desarrollo de las suposiciones subyacentes.

Se explora una posible etiología de estas suposiciones subyacentes (creencias), una forma de hacerlo es preguntar al paciente por eventos en los cuales ha experimentado las mismas emociones, se trata de mostrar al paciente como el medio ambiente pudo haber influido para el desarrollo de tales creencias y reacciones emocionales.

FASE FINAL.

11.-Dar al paciente mayor responsabilidad del tratamiento.

El terapeuta actúa mas como consultor, para que el paciente se vuelva mas autosuficiente, donde el paciente tendrá que tomar y formar una parte mas activa y responsable de su tratamiento, responsabilizándolo para identificar problemas y generar soluciones.

12.-Examinar las creencias y sentimientos del paciente acerca de dejar el tratamiento.

En este apartado, el terapeuta debe de examinar la preocupación que puede existir en el paciente en dejar la terapia, preocupado por posibles recaídas, por lo que se le debe de hacer ver que en las ultimas sesiones, el paciente es el que a trabajado mas activamente, reafirmando las habilidades que ha adquirido para ser el mismo su propio terapeuta.

13.-Revisar metas obtenidas.

Este puede evaluar a través de los cambios de puntajes favorables en inventarios y pruebas aplicadas al inicio del tratamiento, además de los cambios observables como son en la conducta, pensamiento, un incremento en la habilidad de solución de problemas, revisar la lista inicial de problemas clave, evaluar si se han cumplido las hipótesis plantadas al inicio del tratamiento.

14.-Preparar la terminación y enfocar en como prevenir recaídas.

El paciente y terapeuta pueden revisar, y resumir por escrito, técnicas particulares que el paciente haya encontrado mas funcionales para combatir problemas o síntomas específicos, así si el paciente comenzara a experimentar los síntomas una vez mas, el resumen le podría ayudar como guía de estrategias de auto administración.

15.-Hacer arreglos para sesiones “de refuerzo” o llamadas telefónicas de seguimiento.

El propósito es dar solidez a cualquier progreso que haya logrado el paciente y proveerlo con cualquier asistencia que pueda necesitar para aplicar las habilidades de recién administración.

3.4 TIPO DE TÉCNICAS UTILIZADAS EN LA TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL.

La terapia cognitivo conductual utiliza como técnicas de uso frecuente estrategias conductuales y técnicas cognitivas, estas técnicas conductuales son parecidas, a las que utilizan los terapeutas conductuales; sin embargo se utilizan con propósitos diferentes.

A continuación describiremos algunas de las técnicas utilizadas con mas frecuencia, haciendo mención que no se explicará cada una de ellas, ya que no es el propósito de este trabajo, sin embargo, en su momento si se explicará y detallará cada una de las técnicas utilizadas en el tratamiento dado a víctimas de violencia sexual.

TÉCNICAS CONDUCTUALES.

1. Programación de actividades.
2. Asignación de tareas en grados o evaluación de la destreza y del placer.
3. Ensayo cognitivo.
4. Representación de papeles o role-playing.
5. Entrenamiento asertivo
6. Terapia de exposición (desensibilización sistemática).
7. Ejercicios de relajación.
8. Distracción.

TÉCNICAS COGNITIVAS.

Identificar y vigilar los pensamientos automáticos

- 1.-Interrogatorio directo.
- 2.-Imagineria.
- 3.-Role-playing.
- 4.-Cambios del estado de ánimo durante la sesión.
- 5.-Registro del pensamiento disfuncional.

Identificar suposiciones subyacentes (creencias).

- 6.-Determinar el significado de una situación, la terapia de “fecha descendente”.
- 7.-Buscar los temas.

Someter a prueba y desafiar los pensamientos automáticos.

- 8.-Ayudar al paciente a evaluar de manera racional las creencias, las tres preguntas (comprobación de la realidad):

- a) ¿Cuál es la evidencia?
- b) ¿Existen explicaciones alternativas?
- c) ¿Qué pasa si resulta cierto? ¿Cuáles son las verdaderas implicaciones?

9.-Enseñarle al paciente a nombrar la distorsión.

11.-Registro del pensamiento disfuncional.

12.-Técnicas de retribución.

13.-Solución de problemas.

Aun que la terapia cognitiva se centra básicamente en la cognición, tanto a nivel de pensamientos específicos como de creencias y actitudes más generales, las técnicas de tratamiento utilizadas para producir cambios cognitivos no son exclusivamente de carácter racional o cognitivo. Muchas técnicas implican cambios conductuales o experiencias que, más tarde, pueden ser atendidas por el paciente de una nueva manera o integradora.

PLANTAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

La violación es un crimen, que generalmente se comete en contra de una mujer o niños por formar parte de un grupo vulnerable, sin embargo, este no es una justificación para que se cometa tal agresión, pese a lo que se pueda pensar la violación no es un crimen para obtener satisfacción sexual, en realidad es una muestra de poder y dominación. Con el cual, él que ejerce la agresión impone su voluntad sometiendo a su víctima, siendo esto el móvil del delito, al sentir el control y el poder a través del sometimiento.

Actualmente escuchamos a través de los medios de comunicación noticias, temas relacionados con la agresión sexual, lo que nos podría llevar a cuestionarnos respecto a varios aspectos; ¿es un tema de moda?, ¿Actualmente hay mas violaciones, que en la antigüedad?, ¿La violación es un resultado de la situación social actual?, ¿Existen lugares especializados, donde se pueda asistir para solicitar ayuda?, ¿Necesitara ayuda psicológica para salir del trauma o con el paso del tiempo se le olvidará?. Estas son algunas entre muchas interrogantes, que usualmente podemos realizar o escuchar a otros cuestionar.

En realidad existe una situación de desamparo en las víctimas de violencia sexual, las indiferencias y hostilidades por parte de la sociedad civil, las carencias en el plano legislativo, que aun cuando recientemente se han realizado varias reformas al código penal, las víctimas aun son sometidas a un proceso legal, donde en muchas ocasiones se enfrentan a autoridades que no se preparadas y sensibilizadas respecto a la violencia sexual, siendo sometidas a careos a petición y condición del indicado o presunto responsable de la violación, ya que ellos tienen el derecho de decidir si quieren carearse o no, tienen el derecho a negarse a contestar preguntas del

ministerio publico, siendo estos algunos de sus derechos, mientras que las victimas tienen la responsabilidad, por no llamarlo la obligación de contestar a cada una de las interrogantes y sometimiento a careos, si se niega o no puede enfrentarse al agresor, es tomado en cuenta, por otro lado, en el plano psicoterapéutico también se encuentran desventajas, ya que en estos ámbitos predomina generalmente la rigidez determinada por los mitos en torno a la violación.

El papel de la víctima resulta en muchas oportunidades considerable y de tenerse en cuenta por la provocación e incitación que supone. La actitud instintiva de coquetería y seducción suele bastar en ciertos casos con respecto a seres humanos que hacen una interpretación muy determinada de esos hechos, (Neuman, 1994), lo antes escrito origina que las victimas no busquen ayuda para la problemática que presentan, ya que son cuestionadas, señaladas, y responsabilizadas por el suceso, sufriendo una doble victimización.

Esto nos lleva directamente a intentar producir un reporte para sensibilizar a la opinión pública, estableciendo mecanismos de apoyo coherentes, adecuados a la problemática, eficaces y que den resultados a corto plazo, que otorguen al problema su real magnitud y su perspectiva correcta (Fernández, 1997).

Por lo anteriormente descrito, el presente trabajo pretende dar una alternativa terapéutica especializada para víctimas de violencia sexual, en una atención sensibilizada, empática. Esta alternativa será la terapia breve Cognitivo-conductual, estructurada en doce sesiones, se eligió este enfoque porque tiene en cuenta la función que tiene el contexto social como factor contribuyente al valor que los individuos atribuyen a los sucesos, introduciendo el concepto de esquema como una forma de entender la

posibles distorsiones que se puedan producir cuando un individuo interactúa con el medio (Goldfriend, 1996).

MÉTODO

Hipótesis de trabajo, nula y estadística.

Hi1: “ El tratamiento psicológico Cognitivo Conductual estructurada en doce sesiones en victimas de violencia sexual (violación) disminuye la presencia de Estrés Postraumático”

Ho1: “ El tratamiento psicológico Cognitivo Conductual estructurada en doce sesiones en victimas de violencia sexual (violación) no disminuye la presencia de Estrés Postraumático”

Hi1 $X \rightarrow Y$

Hi2“ La atención psicológica estructurada en doce sesiones de Terapia Cognitivo Conductual para victimas de violación da resultados positivos en el tratamiento de la de depresión ”

Hi2: $r_{xy} \neq 0$

H02: “La atención psicológica estructurada en doce sesiones de Terapia Cognitivo Conductual para victimas de violación no evita la presencia de depresión ”

Hi3 “ La atención psicológica estructurada en doce sesiones de Terapia Cognitivo Conductual para victimas de violación reduce el nivel de ansiedad presente ”

Hi3: $r_{xy} \neq 0$

H03: “ La atención psicológica estructurada en doce sesiones de Terapia Cognitivo Conductual para victimas de violación no reduce las secuelas de la ansiedad presente ”

Variables.

Variable independiente.- Tratamiento cognitivo conductual para víctimas de violencia sexual.

Variable dependiente.- Estrés postraumático, depresión, ansiedad y Síndrome post violatorio en víctimas de violación.

Población.

La población de estudio serán mujeres víctimas de violación que asistan al centro de atención al maltrato familiar y sexual (C.A.M.I.S.) ya sea por que están relacionadas con una Averiguación previa, Causa penal o por su voluntad

Muestra.

Criterios de inclusión.

- Víctimas de violación.
- Presenten depresión y ansiedad.
- Edad de 15 a 40 años.
- Que presenten Síndrome de Estrés Postraumático por violación.
- Compromiso por parte de la víctima en su recuperación.
- Víctimas de violación incurrente.
- Víctimas de violación con Síndrome Post violatorio

Criterios de exclusión.

- Que no concluyan las doce sesiones de tratamiento.
- Falta de interés en el proceso terapéutico.
- Inasistencias a dos sesiones consecutivas.
- Incumplimiento con las tareas solicitadas en cada sesión por el terapeuta, (más de dos tareas consecutivas).
- En caso que se presenten únicamente para evaluación para estudio psicodiagnostico y que no concluyan las sesiones de evaluación

Tipo de estudio.

Se realizara un diseño pre – posprueba con grupo de control y grupo experimental su esquema es :



La asignación a cada uno de los grupos no se realizara al azar, ya que no podríamos escoger a quien le damos terapia psicológica y a quien no, esto por ética profesional y moral, sin embargo nuestro grupo control estará formado por mujeres que reúnan nuestros criterios de haber sido victimas de violación, que se encuentren relacionadas con una Av. Previa o causa penal, que no acepten el tratamiento y que no estén recibiendo atención psicológica en algún otro lado, pero que por el proceso legal en el

que se encuentran, se les tenga que realizar estudio psicológico (Impresión psicológica o psicodiagnostico) momento en que se les aplicara las instrumentos de evaluación.

Instrumentos.

Para realizar el análisis clínico del Síndrome de Estrés Postraumático (PTSD), utilizando el instrumento de evaluación del Síndrome de Estrés Postraumático para víctimas de violación que contiene 149 reactivos, su calificación es rápida ya que se resuelve contestando del 0 al 10 según la intensidad con que actualmente se presenta el síntoma, la calificación "0" indica que nunca lo padeces y la calificación "10" que siempre le ocurre, este instrumento tiene un derecho de autor No. 6077 de la Dra. Ruth González Serratos, coordinadora del Programa de Atención Integral a Víctimas de Violación y Sobrevivientes (PAIVSAS).

Para evaluar la depresión se utiliza el cuestionario clínico para el diagnóstico del Síndrome Depresivo del Dr. Guillermo Calderón Narváez, que consta de 20 reactivos, cuenta con cinco clasificaciones dependiendo el puntaje equivalente a) normal, b) reacción de ansiedad, c) depresión incipiente d) depresión media y e) depresión severa.

Para evaluar la ansiedad se utilizo El Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) del Dr. Charles D. Spielberger y del Dr. Rogelio Díaz Guerrero, que se dividen en dos escalas de Rasgo y escala de estado.

Escala A-Rasgo: Se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazas con elevaciones en la intensidad de la A-estado, como concepto psicológico, la Ansiedad-rasgo tiene las características del

tipo de locuciones que Atkinson llama “motivos” y Cambell conceptualiza como “disposiciones conductuales adquiridas”, los motivos son definidos como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación los activa, las disposiciones de experiencia, como manifestar tendencias de respuesta “objeto consistentes”.

La Ansiedad-Estado (A-Estado): Es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento en la actividad de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

Escenario.

La aplicación de instrumentos de evaluación y tratamiento se realizara en un cubículo destinado al área de psicología del C.A.M.I.S – Cuautitlan Izcalli y CAMIS- ECATEPEC, (Centro de Atención al Maltrato Intrafamiliar y Sexual) los cuales son lugares con la iluminación adecuada, ventilación artificial, y espacio adecuado.

Análisis estadístico.

- 1.- Para la comparación entre pre prueba se utiliza la **prueba t** para muestras independientes
- 2.- Lo mismo para la medición de post pruebas.
- 3.- Prueba t para muestras correlacionadas

Nuestra muestra será de 100 mujeres víctimas de violación que acepten tratamiento y 100 mujeres en el grupo control que no acepten tratamiento pero que por su proceso legal se les realice estudio psicológico.

Procedimiento.

El grupo de control no va a recibir tratamiento psicológico debido a que ellas únicamente quieren terminar con el trámite legal, sin aceptar la atención psicológica, se les aplicara los instrumentos de evaluación antes descritos para realizar estudio de Impresión psicológica (solicitado por Agente Investigador de la agencia del Ministerio público especializada en violencia intrafamiliar y sexual), esto como la pre -prueba, posteriormente se les evaluara cuando se encuentren en el juzgado y se solicite el estudio de psicodiagnostico, como posprueba.

El grupo que recibirá el tratamiento independientemente de que se encuentren relacionadas con un proceso legal o no, se les aplicara inicialmente la entrevista y aplicación de instrumentos de evaluación, (IDARE, CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN Y EL INSTRUMENTO PARA EVALUAR EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO) para posteriormente dar paso a la aplicación del tratamiento.

La terapia se estructura en doce sesiones terapéuticas, utilizando diversas técnicas, aludiendo al eclecticismo técnico ya que se considera que las técnicas o los procedimientos eficaces, son mas importantes que las orientaciones teóricas, estas técnicas están abiertas a la verificación y a la refutación de su efectividad por lo que a lo largo de las sesiones se utilizaran diversas técnicas de acuerdo a las características propias de la paciente.

Los temas que se trataran en cada una de las sesiones son los siguientes:

- 1) Introducción y educación.

- 2)El significado del evento.
- 3)Identificación de pensamientos y sentimientos.
- 4)Recordando la violación.
- 5)Identificación de puntos de conflictos.
- 6)Preguntas estimulantes (confrontación).
- 7)Modelo de pensamiento defectuoso.
- 8)Puntos de seguridad.
- 9)Puntos de confianza.
- 10)Problemas de control y poder sobre el evento.
- 11)Problemas de estima.
- 12)Asuntos de la intimidad y significado del evento.

A continuación describiremos cada una de las sesiones.

SESION I. INTRODUCCIÓN Y EDUCACIÓN.

El tratamiento que se les brindará a ambas muestras será el mismo, el primer contacto se realizará con víctimas de violencia sexual (violación) que sean canalizadas por Ministerio Público, Juez de la Penal o que acudan voluntariamente, en este primer contacto se realizará la aplicación de la cedula de identificación que contiene los datos personales, datos de la agresión, del agresor, fecha de agresión, se realiza la entrevista inicial, donde la persona nos relata el acontecimiento de violencia (violación), identificamos sus síntomas ubicándolos dentro del área afectiva, conductual, cognitiva, fisiológico o somática y en el área interpersonal, esto nos sirve inicialmente para ver el estado del paciente, y segundo si reúne los requisitos para formar parte de nuestra investigación.

Se le explica a la paciente que lo que siente es completamente normal, que muchas veces pueden sentir o pensar que se están volviendo locas, pero

lo que sienten es el resultado de una agresión, que ellas no provocaron, pero presentan muchos cambios en su vida, en la forma de relacionarse con los demás, su rutina habitual, etc, en este momento se le explica que estos y otros síntomas pueden ser el resultado de un PTSD, depresión y ansiedad (explicándole cada uno de ellos).

Se les da la alternativa de iniciar un proceso terapéutico para retomar su vida, aliviar los síntomas presentes y/o prevenir que se presente el PTSD (en caso de las víctimas recientes que por el tiempo aun no lo presentan), se les explica que se entiende lo que siente, y que enfrentarse nuevamente al suceso, hablándolo y recordándolo no es fácil, sin embargo, es muy importante que se trate el suceso (se pone un ejemplo, es como si usted se hiciera una herida en el brazo, y va a que lo curen, lo lavan y tallan muy bien, este proceso implica dolor, mucho dolor, sin embargo es primordial para que no presente complicaciones, en caso de que la herida ya hubiera cerrado, no ha sanado por que sigue causando dolor, por lo que será necesario que se abra nuevamente la herida para limpiar la infección que presento y que causa dolor y molestias, lo mismo sucede en este proceso, en la terapia) es el momento en el cual se les habla en que consiste la terapia Cognitivo-Conductual, cual es objetivo de la misma, la forma del trabajo del terapeuta (“yo trabajo con tareas, que se le asignan al final de cada sesión revisándolas al inicio de la sesión siguiente, es muy importante que Ud. realice la tarea asignada para que Ud. pueda continuar con su proceso terapéutico aun en casa) se le hace mención que esto es importante, por que nosotros nos veremos únicamente un día a la semana mientras que ella va a estar consigo misma todos los días, esta tarea tiene el propósito de que pueda identificar día a día que es lo que le pasa a Ud. así mismo se le indicara la duración del tratamiento, recalcando la importancia de su asistencia a las sesiones.

En este punto el paciente tiene la oportunidad de cuestionar respecto al tratamiento y la terapia.

Es muy importante que se establezca un adecuado rapport para la efectividad de la terapia. La paciente necesita sentirse atendida y escuchada, si se siente juzgada y atacada, ya no regresara a su próxima sesión.

Es importante prestar especial atención a las demandas del paciente ya que en esta nos dirá si son agresiones recientes, sucesos posteriores a la agresión que generan cambios, posibles visitas a otros terapeutas, sin lograr aliviar sus síntomas.

En esta primer sesión se hace hincapié del compromiso que la paciente debe de asumir ya que será un trabajo de si mismo y la afectividad de este proceso terapéutico, depende de si mismo, del compromiso y responsabilidad de cumplir a sus citas y con las terapias estipuladas para cada sesión.

Se procede a explicarle cuales son los puntos sobresalientes, diciéndole que en el resto de la terapia se hablara acerca de estos puntos, donde la apoyaremos a identificar, ya que son la causa del conflicto, que estos puntos están sostenidas por creencias negativas, que producen sensaciones displacenteras, disfuncionales y una conducta insalubre.

La meta de la sesión es que la paciente reconozca que existen en ella creencias negativas que determinan como percibe su mundo y sus sentimientos, ejemplo: creencia previa "*los hombres son malos*"; me viola un hombre, por consecuencia los hombres son malos, esto puede originar una gran reacción negativa, disfuncional al tener ud, un contacto con varones (relacionarse socialmente).

*Se aplica el cuestionario del síndrome depresivo.

TAREA 1

Escriba en una hoja que significado tiene para Ud la violación, considere los efectos que tiene sobre sus creencias, sobre si misma, sobre los demás y creencias sobre el mundo. Para ayudarse puede seguir los siguientes temas como son la seguridad, poder, competencia, estima, intimidad y confianza. Por favor traiga su tarea la próxima sesión.

SESION 2. SIGNIFICADO DEL EVENTO.

Se inicia la sesión con la revisión de la tarea que se planteó la sesión anterior, acerca del significado de la violación, en esta sesión se identificarán los puntos de conflicto, las creencias negativas, disfuncionales, estos que interfieren con la aceptación del suceso.

Esta tarea la puede leer la paciente en voz alta, esto origina que se involucre en sus sentimientos.

Se le indica que vamos a trabajar con la identificación de diferentes sentimientos, tratando de encontrar la conexión entre sus pensamientos y sus sentimientos, empezaremos por distinguir las emociones básicas: furia, tristeza, felicidad y miedo, explicándole que con la combinación de estas cuatro emociones básicas, podemos crear otras emociones mas intensas, como por ejemplo: los celos (furia-miedo), variedad de intensidad (irritado, enfadado, enfurecido), a continuación se recaba mas información a través del cuestionamiento.

-¿Cuándo se siente Ud. triste?,¿Podría darme algunos ejemplos de algunas cosas que lo hacen sentir furioso?,¿Qué le hace sentir feliz?,¿Qué le asusta?,¿Cómo se siente físicamente cuando esta furioso, cuando tiene miedo, cuando esta feliz, cuando esta asustado?,¿Qué hace cuando se siente con estos sentimientos, como se libera de ellos o como los mantiene, en caso de sentirse feliz?.

Le hacemos notar que dentro de sus respuestas existen puntos importantes, donde muchas veces nosotros interpretamos determinado evento de acuerdo a nuestras creencias previas, por ejemplo (se retoma algo de su discurso) me hace sentirme furiosa cuando me preguntan lo que sucedió, una y otra vez.

T.-¿Quién le pregunta una y otra vez?.

P.-Los licenciados y toda la gente.

T.-¿Por qué la hace sentirse furiosa?.

P.-Por que no respetan lo que siento, es como si no me creyeran y estuvieran esperando que me contradiga.

T.-Si, yo creo que existen muchos pensamientos o creencias en usted respecto a este punto, pero es importante saber ¿Por qué cree usted que no le creen?.

Se continua utilizando el método socrático, hasta que la paciente identifique otra alternativa, si no es capaz de generar otra alternativa positiva, uno le va abriendo este campo dando diferentes puntos de vista.

Al identificar este esquema se empieza a hablar de lo que la paciente escribió en su tarea.

En este punto es importante que se le hable del CASIC lo que es, el como modifica su vida.

Se le explica ABC el que va a dejarse de tarea, esta tarea le va a ayudar a ver la conexión en sus pensamientos y sentimientos, derivados de acontecimientos.

La columna A es donde se escribirán los acontecimientos relacionados con la agresión y poco después de la agresión.

En columna B se escribirán las creencias, pensamientos automáticos que se desprenden de cada uno de esos acontecimientos.

En la columna C se registraran todos los sentimientos y emociones que se originan.

Es muy importante el poner un ejemplo o varios, durante la sesión para asegurarnos que entiende lo que se tiene que realizar.

TAREA 2

Complete el ABC para observar la conexión entre los eventos y sus pensamientos, sentimientos y conducta, tiene que registrarlos todos los días pero complete solo con pensamientos relacionados con la violación y con eventos que han sucedido poco después de la agresión

ABC

A	B	C
Evento activante algo sucede	Creencias Me digo algo	Consecuencia Yo siento, yo hago

1.-En esta tarea tiene que realizar una oración con cada uno de los puntos que escribió en la columna B.

2.-¿Podría usted decirse algo semejante en el futuro?

*En esta sesión se aplica el instrumento para evaluar el PTSD.

Se aplica el IDARE.

*En algunas pacientes fue necesario aplicar relajación, a las que inicialmente, se les enseñó como relajarse, esto con el fin de disminuir su ansiedad.

SESIÓN 3. IDENTIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS.

Se inicia con la revisión de la tarea, cuales problemas pudo presentar al realizar esta tarea, para identificar sus pensamientos y sentimientos, muchas veces nos sentimos de determinada forma, pero puede resultar mas complicado el poder identificar realmente lo que pienso y siento.

Se empieza por evaluar cada uno de los acontecimientos escritos, con sus creencias respectivas y sentimientos, para identificar los puntos de conflicto

Ejemplo:

A	B	C
Tengo que salir a la calle	Me van a violar otra vez	Miedo Tristeza angustia
Ya no soy virgen	Nadie me va a querer	Desesperanza Tristeza Impotencia Frustración Soledad Desesperanza

Oraciones:

1.-Me van a violar otra vez cuando salga a la calle.

-¿Podría decir algo semejante en el futuro? *SI.*

2.-La virginidad es importante para que valgas como mujer

-No podría decirme algo semejante, por que es real, prefiero ya no pensar en eso.

El objetivo de esta sesión es de que la persona aprenda a identificar cada uno de sus sentimientos, que los reconozca, que los acepte, al igual que esos pensamientos, que se ven determinados por creencias previas, en muchos casos originados en los mitos entorno a la violación.

Se evalúan y confrontan estos puntos por medio del método socrático.

Se deja la tarea para la próxima sesión.

TAREA 3

Escriba por favor para la próxima sesión con detalle la violación, trate de identificar, percibir, y sentir cada instante, plásmelo en el papel, por ejemplo: olores, que veía, que pensaba, que ruidos identifíco durante el ataque. Para realizar esta tarea busque un lugar donde pueda trabajar sin que la interrumpen, si en el momento de realizar este escrito siente ganas de no seguir escribiendo puede interrumpir su escritura, si siente que no puede seguir escribiendo ponga una línea donde paro, realice su relajación y trate de continuar escribiendo. Por favor traiga su escrito la próxima sesión.

SESION 4. RECORDANDO LA VIOLACIÓN.

Como en otras sesiones se inicia con la revisión de la tarea, se debe de observar en el escrito, las partes donde para de escribir, se le pide a la paciente que lea el escrito en voz alta, es posible que en este punto la paciente entre en crisis, de ser así, se le da intervención especial, permitiendo el desahogo, posteriormente se le pide que discuta acerca de sus sentimientos y pensamientos, se le podría enunciar una reflexión a la paciente “*Cuando hay una inundación el agua no es para siempre*”, esto le ayudará a reducir su ansiedad.

En esa sesión se puede utilizar la técnica de la silla vacía para inducir crisis, cuando la paciente refiere los sucesos sin ninguna emoción, es importante que se le mencione cada momento de la violación así como el motivarla a que exprese sus sentimientos de momentos de mucho enojo es importante darle un garrote elaborado con papel para que golpee la silla,

posteriormente, utilizamos la relajación, esto se utilizara cuando la paciente tiene el recuerdo bloqueado, después de esto es mas fácil el trabajar con los sentimientos, y pensamientos reales, esto ayuda tanto al terapeuta como al paciente a identificar los puntos de conflicto si estos no estaban identificados.

Cuando la paciente en su escrito deja de escribir, la cuestionamos ¿Qué sentías cuando dejaste de escribir?, ¿Este punto te causa conflicto?, ¿Por qué?.

Este componente de la terapia es el de designar la exposición del la paciente a los detalles que evita (Poder expresarlos). Para esta sesión se requiere que el terapeuta este muy alerta a los sentimientos y emociones del paciente tratando de aprovechar la sesión al sacar la mayor cantidad de sentimientos reprimidos.

Puede suceder que en esta sesión el escrito de la paciente contenga variantes respecto a la narración inicial, esto se debe a la reacción disociativa que ocurre durante el evento, en suma el reporte inicial será una reconstrucción del evento, sobre el tiempo, ella empezara a resolver sus conflictos cognitivos siendo capaz, de recuperar su memoria y la experiencia de sus emociones. La extinción ocurre cuando a la emoción se le permite que fluya y siga su curso, en la medida de que hable, acepte e integre el evento, tolerara mas sus emociones, ya que son reconocidas y aceptadas.

Es muy importante que el terapeuta, este atento a su propia reacción, actitud, ya que la paciente esta muy atenta a esta reacción, si nosotros le trasmitimos el mensaje de que nos da miedo al encontrarnos de frente con emociones puras y reprimidas, ella sentirá desconfianza y ya no continua con el proceso, bloqueando nuevamente sus emociones.

Es necesario que el terapeuta recoja toda la información sobre lo que el violador le decía durante y después del incidente, algunas veces cuando

se toca el punto durante y después, la paciente se muestra confusa (el la acompaña a la parada del camión, le dice que se tome pastillas para que no quede embarazada, le da dinero envuelto en papel, "se preocupa por ella"), obviamente él distorsiona el acontecimiento respecto a la violación, en su mente, por lo que la víctima se confunde, por que el agresor minimiza la imagen de un violador, ya que no ha reportado este comportamiento como norma de un agresor. El terapeuta pregunta ¿Cuáles son estos puntos?, ¿Podrían estar en su escrito?, o las que no se encuentran, ¿Cuáles son las que no pudo declarar? se trabaja el cómo ante la sugerencia de opinión de las personas de lo que pudieron hacer durante la agresión, *"yo hubiera preferido morir antes que me violara, le hubiera pegado en los bajos, por que no gritaste, etc."* Ella ha formado conclusiones que toda la responsabilidad es suya, este es un punto muy importante de trabajar, ya que vale la pena mencionarle parte del perfil del violador, ante el cual ella no sabe como va a reaccionar, posiblemente si ella se hubiera defendido mas, el violador hubiera incrementado su violencia, incluso hubiera podido llegar a matarla, concluyendo que ella no tenia otra opción, que lo que ella hizo fue su mejor opción en el momento no tenia ninguna otra, *"él, es el responsable de lo que sucedió, no tú, tu no lo provocaste con tu forma de vestir, de caminar, de hablar etc."* Se concluye la sesión cuando la paciente esta tranquila y relajada, se le explica que posiblemente pueda sentirse cansada y apática al salir de la sesión, que esto es normal ya que existió un desgaste emocional al trabajar con una tormenta de emociones, pero que evalúe como se siente después de reconocer y enfrentarse a estas emociones.

TAREA 4

Se le pide a la paciente que escriba nuevamente el suceso en torno a la violación, tratando de dar detalles sensoriales, respecto a sus pensamientos y sentimientos durante el suceso, esto los debe de escribir entre paréntesis tratando de escribir todo lo que acompaña a la violación, como es; proceso penal, examen medico legista, posible embarazo, un aborto, enfermedad de transmisión sexual, el sentirse participe o co-participe de la agresión sexual. Este escrito debe de realizarse en primer tiempo.

SESIÓN 5. IDENTIFICANDO PUNTOS DE CONFLICTO.

Se empieza a trabajar con la nueva versión de los hechos, donde la paciente necesita ayuda para analizar sus sentimientos, donde discute las diferencias y similitudes entre como se sintió durante la violación y en el momento de hacer el escrito, se podría preguntar: ¿En como se sintió después de haber escrito?, ¿Cómo se siente después de escribir y leer en segundo tiempo comparando con el primer tiempo?.

Es probable que la intensidad de las emociones sea menor cuando se escribe y lee en segundo tiempo, si ella se permitió sentir sus emociones en primer tiempo.

Al leer y discutir este acontecimiento con el terapeuta la paciente se puede cuestionar, el porque el evento es tan dramático para ella, descubrir algunos puntos en conflicto, como primer punto; el como la violencia del agresor, defiende la violación de ella, y como segundo punto, el que tenia ella, físicamente, para ser abusada, estos puntos emergen durante la sesión.

Cuando la paciente conoce a su agresor puede presentar conflicto e incredulidad, así como dificultad para identificar la violación, culpándose. Ellas reportan mayor culpa e incredulidad sobre las otras que fueron agredidas por desconocido, esto puede ser generado por que al escribir el acontecimiento, ella encuentra caminos donde podía haber prevenido o parado la violación, encuentra el *“si hubiera”*, donde el *“hubiera hecho, que no se realizo, entonces no existe”*. Debe de asumir que no existe diferencia, si ella hubiera podido cambiar ciertos acontecimientos, no habría ninguna diferencia durante la violación ya que esta no fue su responsabilidad.

Se realiza una lista de preguntas usada para preguntar y confrontar pensamientos mal adaptativos y los puntos de conflicto en orden, para que la paciente comprenda su tarea paso a paso cada punto en conflicto.

El terapeuta puede reiterar estos puntos entre las viejas creencias y la realidad de la violación o creencias negativas de la violación que son aparentemente confirmadas con la violación. El terapeuta puede elegir un punto que la paciente haya mencionado durante la sesión y usarla, para confrontar la valides de las creencias.

En esta etapa de la terapia es particularmente valioso poner atención en los puntos de conflicto que indican una asimilación de auto culpa para que ella pueda aceptar la violación (sucedió y ella no es culpable).

TAREA 5

Para la próxima sesión trabajar con dos puntos de conflicto, resolviéndolos a través del cuestionario y escriba respuestas aparte y por favor tráigalas en la próxima sesión

SESIÓN 6. PREGUNTAS ESTIMULANTES.

Empezamos con la revisión de la tarea, con sus respuestas, apoyando a la paciente a analizar y confrontar sus puntos de conflicto, lo mas probable es que gire alrededor de la auto culpa por la violación y como podría haber sido de otra manera.

El terapeuta puede identificar atribuciones fundamentales, expectativas, otras cogniciones y conflictos, que son identificados. La relevancia de las preguntas es la reestructuración de las cogniciones disfuncionales por otras funcionales.

En este proceso de respuestas a las preguntas se clarifica que los puntos de conflicto están y como se encuentran distorsionados.

Después de la discusión de los puntos (preguntas) se introducen los modelos de pensamiento defectuoso de Beck (exageración del evento, significado, todo o nada) y así sucesivamente. El terapeuta describe como estos modelos empiezan siendo automáticos creando sentimientos negativos y causando que la gente los use para una conducta derrotista.

TAREA 6

Considere los puntos en conflicto, identifíquelos y encuentre ejemplos, para cada uno de los modelos de pensamiento defectuoso listado, observe específicamente, sus reacciones sobre la violación, que por esos modelos habituales pudiera estar afectando.

SESIÓN 7. MODELO DE PENSAMIENTO DEFECTUOSO.

Empezamos con revisar la tarea de modelo de pensamiento defectuoso. El terapeuta ayuda a confrontar sus creencias automáticas y buscan reemplazarlas con otras condiciones mas adaptativas, discutiendo con la paciente como estos modelos pueden afectar su reacción ante la violación, por ejemplo:

Habitualmente una conclusión negativa por esas fallas incrementan la probabilidad después del asalto.

El terapeuta resalta los puntos que haya ignorado su nivel de la reacción del trauma, indican que fue una violación, si no existiera la violación, ella no tendría este nivel de traumatización.

Ayudándola a ver que si la forzaron a tener sexo en contra de su voluntad, a pesar de su protesta, es una violación, confrontar y cambiar las cogniciones defectuosas, usando las hojas de tarea pasadas, evaluando sus reacciones emocionales.

El terapeuta empieza a introducir los cinco tópicos específicos que se verán en las siguientes sesiones.

El terapeuta plantea que para las siguientes 5 sesiones se empezaran a considerar temas específicos, que se encuentran en diversas áreas de sus creencias, que se identifican en su vida diaria, que podrían estar afectadas por la violación, en cada sesión se preguntara que creencia ha considerado anteriormente y cuales considera que la han afectado por la violación, empezaremos a identificar en cada tema los puntos de conflicto, a través de hojas de trabajo en el orden en que empieza a cambiar lo que piensa de si misma.

El primer tema que trabajamos es la inseguridad, como la consideraba antes de la violación, posiblemente consideraba que la gente especialmente los hombres no eran peligrosos, sabía como protegerse a si misma, posiblemente a raíz de la violación exista una disrupción, así como el lado opuesto, que dentro de su autoconcepción sintiera que no era capaz de defenderse así misma, que los demás son peligrosos, o que puedan dañarla, la agresión referida sirve para confirmar sus creencias.

¿Qué experiencia hace que se sienta insegura y en riesgo?

¿Cuándo esta protegida?

¿Cuándo es vulnerable a la agresión?

El terapeuta describe estas creencias anteriores, para ayudar a la paciente a determinar las creencias anteriores, si estas se irrumpieron o se confirmaron por la violación, ambos empiezan a determinar si la paciente continua teniendo creencias negativas en cuanto a su seguridad, en esta habilidad para protegerse, a si misma, sobre algún daño, se ve como estas creencias desencadenan reacciones de ansiedad, por ejemplo: *“algo podría pasarme a mi, si yo estoy fuera de mi auto”*.

La paciente necesita reorganizar sus creencias y efectos emocionales que afectan su conducta.

Se emplea una técnica de exposición con medidas de prevención, para que reduzca la ansiedad, sus creencias negativas y sentimientos, especialmente producidos por días, horas, lugares en que sucedió la agresión, en una reorganización-estructuración de sus estructuras cognitivas para introducir alternativas moderadas y de prevención sobre todo en sus estructuras.

Ejemplo: “*estoy segura de que me sucederá de nuevo*” , sustituir las por un pensamiento moderado, como: es improbable que suceda otra vez, en este punto, es importante darle una estadística sobre la probabilidad de que suceda nuevamente, esto no le garantiza que no vuelva a suceder, pero si le reduce la probabilidad, disminuyendo aun mas, esto por que esta aprendiendo medidas de prevención que le ayudaran a identificar situaciones de riesgo.

El terapeuta tiene que decir a la paciente que el violador mantuvo el poder por unas horas, por determinado tiempo, en ese momento, él, tuvo el control de la situación y de ella misma ¿Quieres que siga teniendo el poder y control de tu vida? ¿Qué él siga modificando tu conducta y controlando tu pensamiento, sintiendo que en cualquier momento puedes volver a ser violada?.

Trasforma tu miedo y temor en enojo, como un arma para quitarle el poder de tu vida.

TAREA 7

En las hojas de trabajo, cambiando creencias, analiza y confronta, por lo menos uno de los puntos en conflicto relacionados con la seguridad o la de otros, confronta tus creencias. Úsalas para resolver estos puntos en conflicto o para eventos recientes y los cuales te parecen penosos..

Modulo 1 Puntos de seguridad

I.- CREENCIAS RELACIONADAS CONSIGO MISMA:

Estas creencias pueden protegerte ante el daño y tienen control sobre los eventos.

B. Experiencia anterior.

1.-Negativa: Si tú pensabas repentinamente que estás expuesta continuamente a situaciones peligrosas e incontrolables, tu puedes crear una creencia negativa, respecto a protegerte a ti misma de algún peligro, la violación confirma esta creencia-.

2.-Positiva: Si tú creencia anterior es positiva, desarrollarás creencias donde tu tienes el control sobre los eventos y puede protegerte de peligros, la violación causa una disrupción sobre tú creencia.

B. Síntomas asociados con creencias negativas de tu propia inseguridad.

- 1.-Ansiedad crónica y persistente.
- 2.-Pensamientos intrusivos acerca de temas de peligro.
- 3.-Irritabilidad.
- 4.-Sobre salto o reacciones físicas.
- 5.-Miedo intenso relacionado a una agresión futura.

C. Resolución

1.-. Si tú creencia era *“nunca me pasará a mí”* necesitas resolver el conflicto entre tus creencia y la experiencia de violencia, un enunciado funcional, podría ser *“es posible que me vuelva a suceder, la posibilidad existe”*.

2.-Si tu creencia inicial era *“Ya puedo controlar lo que me sucede protegiéndome a mi misma de cualquier daño”* para resolver el conflicto entre el suceso y tu creencia previa, podría utilizar un enunciado funcional *“No puedo controlar todo lo que sucede a mi alrededor y me puede afectar, sin embargo, si puedo tomar medida de prevención para reducir la posibilidad de una futura agresión”*.

3.-Si tus creencias iniciales era que tu no tenias el control sobre los eventos, siendo incapaz de protegerte a ti misma, la agresión sexual confirma estas creencias, las nuevas creencias deben de desarrollarse para verse a si misma como capaz de controlar y protegerse a si misma, un enunciado posible seria *“yo no tengo control sobre algunos eventos y puedo seguir los pasos para protegerme de algún daño, yo no controlo la conducta de otros, pero puedo reducir la posibilidad de estar en una situación donde quieran tomar el control de mi vida”*.

II.- Creencias relacionadas con otros:

Son las creencias de peligro, que otra persona puede significar para la persona, de ese intento para causarle daño, perdida o herida.

A. Experiencia anterior:

1.-Negativa: Si tiene la experiencia desde corta edad, que la gente es peligrosa la violación la confirma.

2.-Positiva: Si como norma cultural Ud. cree que la gente no te puede dañar, no te han dañado, la violación causa la disrupción.

B. Síntomas asociados con creencias negativas acerca de tu seguridad.

- 1.-Respuestas fóbicas.
- 2.- Aislamiento social (introversión).

C. Resolución.

1.-Si tu creencia era "*otros me causan daño*", causándome daño o heridas, necesitas adoptar nuevas creencias en la medida que se sienta confortables y segura con otras personas. Fortaleciendo que pueda relacionarse con otras personas, un enunciado funcional podría ser "*existen algunas personas que resultan peligrosas, pero no todas quieren causarme daño en mi vida*".

2.-Si tu creencia previa es "*no seré herida por otros*", debe resolver el conflicto entre estas creencias y la agresión, un enunciado funcional posible sería "*algunas personas pueden causar daño a otras, pero es poco realista que cada una quiera causarme daño*".

SESIÓN 8. PUNTOS DE SEGURIDAD.

Se inicia la sesión con la revisión de las hojas de trabajo, discutiendo con el paciente los sucesos y problemas que se le presentaron para realizar el trabajo y cambiar sus cogniciones, se puede elaborar una lista de preguntas para apoyar al paciente a afrontar sus cogniciones defectuosas, realizándolo a través de la hoja de trabajo, ya que estas creencias las llevan arraigadas, sin permitir que tomen otro camino.

Una de las creencias mas arraigadas sobre su seguridad, es que pueda llegar a ser violada nuevamente, por lo que es recomendable hablar de estadísticas, se debe de reafirmar el poder del violador que sigue teniendo sobre ella, reafirmando y modificando sus creencias, por lo que debes cuestionar y confrontar cada una de sus creencias.

Ejemplo: ¿Qué es lo que puedes o no puedes hacer?

Tanto como terapeuta y paciente trabajan sobre las hojas de trabajo, el terapeuta escribe las conclusiones de la sesión. Durante el resto de la sesión se discute el tema de confianza (confianza en si misma, en los otros).

En esta sesión se aplica la técnica de Role-playing, donde ella juega su propio rol, empoderizandola, para que pueda enfrentar a su agresor, esto le dará mas confianza en si misma.

Posteriormente se empieza a hablar sobre el modulo 2 (puntos de confianza).

I. CREENCIAS RELACIONADAS SOBRE UNO MISMO:

La creencia que puedes confiar o fiarte de tus propias percepciones o juicios.

Esta creencia es muy importante para su auto concepto y sirve para una auto función de protección.

A. Creencia anterior.

1.-Negativa: Si tiene una experiencia anterior donde Ud. se culpa por la experiencia negativa, desarrollara creencias negativas sobre su habilidad

para tomar decisiones o juicios acerca de las situaciones o la gente, la violación sirve para confirmar esta creencia.

2.-Positiva: Si tienes una experiencia anterior, con una creencia de juicio perfecto, la violación produce una disrupción de esta creencia.

B. Síntomas relacionados con creencias negativas postsalto.

- 1.-Sentimientos de ser traicionada.
- 2.-Ansiedad.
- 3.-Confusión.
- 4.-Sobre precaución.
- 5.-Inhabilidad para tomar decisiones.
- 6.-Indecisa y ser excesivamente auto crítica.

C. Resolución.

1.-Si tus creencias previas de los propios juicios y percepciones, no resultaron favorables por la violación, reforzaran creencias como *"no puedo creer en mis juicios"*, o *"tengo juicios malos"* en medida que va entendiendo, que no fue su culpa y que sus juicios no causaron la violación, podría adoptar creencias funcionales, algunas podrían ser *"no existe un juicio perfecto"*, existen situaciones impredecibles y tu puedes tomar la decisiones y tu pensamiento puede no ser perfecto.

II. CREENCIAS RELACIONADAS CON OTROS.

Una persona necesita aprender la realidad del balance en la salud, cuando este es apropiado en la relación con la gente o grupo relacionado con su conducta futura.

A. Experiencia anterior.

1.-Negativa: Si Ud. se siente traicionada por la vida, puede desarrollar una creencia generalizada (no es verdad o nada es cierto) la violación sirve para confirmar esta creencia.

2.-Positiva: Si Ud. tiene buenas experiencias, puede desarrollar creencias como: *“toda la gente es de confiar”*, entonces la violación rompe con esta creencia.

B. Experiencia post violatoria.

Si la gente en que Ud. confía se distancian o son desalentadores, culpabilizándola o responsabilizándola por la violación, esto originara, que sus creencias en ellos se hagan añicos.

C. Síntomas asociados con creencias negativas con respecto a la confianza.

SESIÓN 9: Puntos de confianza

Se inicia la sesión con la revisión de las hojas de trabajo, discutiendo con el paciente los sucesos y problemas que se le presentaron para realizar el trabajo y cambiar sus cogniciones, se puede elaborar una lista de preguntas para apoyar al paciente a afrontar sus cogniciones defectuosas, realizándolo a través de la hoja de trabajo, ya que estas creencias las llevan arraigadas, sin permitir que tomen otro camino.

La focalización del evento de violencia sexual se va a generalizar en otras áreas de su funcionamiento personal por lo que todos los días tiene dificultad para tomar decisiones, donde en cada momento y en cada contacto social tiene presente la desconfianza generada por la violación, lo que la lleva a desconfiar de la gente que le rodea, esta dificultad para relacionarse, no va a ser únicamente con los hombres sino puede extenderse también hacia las mujeres.

El terapeuta necesita impulsar la confianza en otras personas, tener confianza en otras personas toma tiempo, por lo que se tiene que iniciar con el apoyo de sus redes de apoyo, rescatando el por que confía en ellas, posteriormente se promueve el contacto interpersonal desarrollando medidas de prevención basadas en habilidades asertivas, es importante el que se den ejemplos de diversas situaciones, donde la paciente tendrá que decidir como tendría que reaccionar ante tal evento.

El tema del poder y control se aborda en esta sesión ya que trabajara en la próxima sesión con las creencias que la hacen sentir ineficaz ya que la violación la dejo vulnerable, por que perdió el control de la situación.

El terapeuta describe como las experiencias previas afectan los esquemas que tenemos y como la violación puede confirmar lo negativo respecto a su capacidad de tomar el control de una situación dada, dándose una interrupción del pensamiento positivo de si misma, de tarea el paciente tendrá que seguir completando las hojas de trabajo, para analizar y confrontar estos pensamientos.

SESIÓN 10: Control y poder sobre el evento.

Como en otras sesiones se revisa la tarea, aclarando las dudas que tuvo para realizarla. En esta sesión es importante resaltar que en el momento de la agresión sexual ella no tenía el control de la situación, por la violencia que se vivió, ella permaneció sometida, ¿pero esto tendría que seguir sucediendo?, continuar sometida a la imagen de alguien. A su control, por que no quitarle el poder y tomarlo uno misma de nuevo, el control de su propia vida, de sus acciones, decisiones etc. Se resaltan los puntos en los que ha tomado decisiones asertivas, donde ella tiene el poder y control de la situación ante familiares, maestros, jefes, compañeros y en general con la gente con la que se rodea, como ella es capaz de marcar límites a las situaciones que a ella le desagraden o le parezcan de riesgo. En esta sesión se aplica la Terapia de exposición. (desensibilización sistemática) Realizando una lista de diez cosas a las que más le cueste enfrentarse, esta lista se trabajara con el terapeuta.

Se continúa en el análisis de sus hojas de trabajo, confrontando sus creencias disfuncionales.

Se inicia con el tema de la autoestima, trabajando sobre el tema de aceptación, competencia y control. De tarea tendrá que realizar una lista de los puntos de dificultad en cada uno de los temas anteriores, se continúa trabajando con las hojas de trabajo.

SESIÓN 11: Problemas de estima

Se inicia con la discusión de las hojas de trabajo, se revisa la lista de cada uno de los temas de aceptación, competencia y control, se confrontan cada uno de los puntos de las hojas de trabajo y de la lista siguiendo el procedimiento de las sesiones anteriores.

Para la próxima sesión usa las hojas de trabajo para confrontar los puntos de dificultad respecto a tu intimidad y la intimidad con otros.

En una hoja escribe el significado que tuvo la violación, considera los efectos de la violación ahora en tus creencias, conducta de si misma y con otros y en general

con el mundo, considera los siguientes tópicos para escribirla: seguridad, poder, control, seguridad, autoestima e intimidad.

SESIÓN 12: Asuntos de intimidad y Significado del evento.

Se inicia la sesión como las anteriores, pero la meta de esta sesión es que el paciente trabaje confrontando el mismo los puntos de dificultad, usando como herramienta lo que ha aprendido en terapia.

Se tienen que considerar todos los problemas que la paciente tenga con abuso de sustancias, incluyendo la comida, evaluar si cuando habla o piensa en la violación se da la conducta adictiva, se trabaja sobre las consecuencias y toma de conciencia de esta conducta.

Se habla de los dos tipos de intimidad:

- a) Con la familia y con los amigos
- b) Intimidad sexual.

Si se encuentra trastornos de tipo sexual, que es parte de la secuela de la violación ya que una relación sexual afectiva implica el acercamiento, y vulnerabilidad ya que no puede estar a la defensiva, esto reestimula el evento de la violación ya que se encuentra vulnerable.

Se confronta con estas creencias disfuncionales tomando en cuenta lo que ya se trabajo en sesiones anteriores, se le enseñaran técnicas que faciliten el contacto sexual afectivo.

Se trabaja con el nuevo escrito sobre la violación posteriormente se confronta con el inicial, se resalta el avance terapéutico, se sugiere que siga trabajando con las hojas de trabajo ya que las puede aplicar a las situaciones que se le presenten en la actualidad.

Si la paciente descubre nuevos puntos de conflicto que no puede resolver, generalmente son de violencia en la familia se podría continuar con las sesiones terapéuticas

* En esta sesión se aplican instrumentos de evaluación.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Se presenta la tabla general estadística (tabla 1) de ambos grupos en pre test y post test . Nuestro número de sujetos a evaluar es 200, 100 en cada grupo (control y experimental), nos podemos dar cuenta que en forma general existe una disminución entre la aplicación del pre test y el post test en cada uno de los instrumentos

Tabla 1. Tabla general de valores.

N= 200	PRE- DEPRESIÓN	POS- DEPRE	PRE- PTSD	POS- PTSD	PRE- IDARE	POS- IDARE
PERCENTIL						
25	55	21	7.000	1	49.6	32.7
50	62	25	8.000	4	56.7	40.5
75	71	69	9.000	8	60.3	58.1
MINIMO	34.0	2.0	4.0	.00	39.5	28.0
MÁXIMO	82.0	80.0	10.0	21.0	69.8	69.7
RANGO	48.0	78.0	6.0	21.0	30.3	41.7
MODA	59.0	20.0	9.0	1.0	57.8	30.5
MEDIANA	62.0	25.0	8.0	4.2	56.7	40.5
MEDIA	61.6	43.2	7.8	4.5	55.0	44.6
DESVIACIÓN ESTANDAR	11.2	24.1	1.5	3.6	6.6	12.5
ERROR ESTANDAR	.79765	1.70420	.10643	.25583	.46676	.88941
SESGO	-.300	-3.203	-.531	5.458	-.556	.661
CURTOSIS	-.279	-1.703	-.320	.491	-.660	-1.564

I.- CONTRASTE ENTRE GRUPO CONTROL Y GRUPO EXPERIMENTAL (TERAPIA)

Para probar la hipótesis en que las personas que recibieron Terapia Cognitivo Conductual (grupo experimental) disminuyeron el nivel de Depresión, Ansiedad y Estrés Postraumático se realizo un análisis de contraste con el grupo control mediante la prueba “ t ”, los resultados se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Grupo control y experimental en Pre test y Post- test

N= 100	GRUPO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	ESTÁNDAR DE ERROR DE LA MEDIA	T	SIG
PRE- DEPRESIÓN	Control	61.990	11.668	1.166	.407	.685
	Experimental	61.340	10.927	1.092		
POST- DEPRESIÓN	Control	65.110	13.963	1.396	30.74	.0001
	Experimental	21.390	2.688	.268		
PRE-PTSD	Control	7.780	1.508	.150	-.704	.482
	Experimental	7.930	1.505	.150		
POST-PTSD	Control	7.420	1.960	.196	18.029	.0001
	Experimental	1.730	2.472	.247		
PRE-IDARE	Control	55.786	6.578	.657	1.546	.124
	Experimental	54.349	6.577	.657		
POST-IDARE	Control	56.165	6.618	.661	31.985	.0001
	Experimental	33.196	2.786	.276		

Se pudo observar que en los contrastes de los pret test entre el grupo experimental y el grupo control en la variable de depresión, se presenta un promedio de 61.99 y 61.34 respectivamente y ($t = .407$; $SIG .685$) por lo que la diferencia entre los grupos no es significativa, es decir son semejantes sin haber recibido tratamiento terapéutico.

En el Estrés Postraumático presentan un promedio de 7.78 y 7.93 respectivamente con una ($t = -.704$; $sig .482$) por lo que no existe una diferencia significativa entre los grupos, por lo que se concluye que también son semejantes ambos grupos dentro de esta variable al no recibir tratamiento terapéutico.

En la Ansiedad presentan un promedio de 55.78 y 54.34 respectivamente con una ($t = -1.546$; $sig .124$) por lo que no existe una diferencia significativa entre los grupos.

Lo que nos demuestra que al inicio de la evaluación ambos grupos se encontraban en igualdad de condiciones.

En la aplicación del post test, podemos observar que el grupo control en la variable de DEPRESIÓN presenta un promedio de 65.11, mientras que en el grupo experimental disminuimos a 21.39, lo cual es significativo al .0001, con un valor de $t = 30.74$, esto nos habla que el tratamiento terapéutico Cognitivo Conductual contribuyó a reducir la presencia de depresión en el grupo experimental.

Asimismo en el tratamiento del ESTRÉS POSTRAUMÁTICO observamos que para el grupo control con aplicación post test el valor de su promedio es de 7.42, mientras que el grupo experimental tuvo un promedio de 1.73 con una $t = 18.029$ siendo significativo al .0001, por lo que las personas del grupo experimental lograron reducir en forma significativa la presencia de Estrés Postraumático.

La ANSIEDAD presente en el grupo control en aplicación post test, tiene un valor del promedio de 56.1650 mientras que observamos que el grupo experimental logro reducir su promedio a 33.1960 con una diferencia significativa del .0001 entre ambos grupos cuyo valor $t = 31.985$

Por lo que los grupos control y experimental difieren entre si en la aplicación post test, una vez que el grupo experimental recibió tratamiento terapéutico, el cual ayudo a disminuir las secuelas del evento traumático.

Un segundo análisis del diseño para probar nuestras hipótesis fue contrastar los pre test y post test en el grupo control y el pre test y post test en el grupo experimental de forma separada. Los resultados se muestran en las siguientes tablas.

II. CONTRASTE DE LOS PRE TEST Y POST TEST

A) GRUPO CONTROL

En las tablas 3.1, 3.2 y 3.3 se muestran los análisis comparativos el análisis comparativo del grupo control, entre Pre- test y Post-test con cada uno de los instrumentos de evaluación.

DEPRESIÓN

Tabla 3.1 Grupo control: Pre-Post test (depresión)

	MEDIA	N	DESVIACIÓN ESTANDAR	ERROR ESTANDAR DE LA MEDIA	t
PRE-TEST	61.99	100	11.66	1.16	- 1.67
POST-TEST	65.11	100	13,96	1.092	ρ .098

Encontramos un ligero aumento en los promedios de las variables de la depresión cuando no se recibe tratamiento terapéutico, aunque no sea significativa estadísticamente.

Tabla 3.2 Grupo control: Pre-Post test (PTSD)

	MEDIA	N	DESVIACIÓN ESTANDAR	ERROR ESTANDAR DE LA MEDIA	t
PRE-TEST	7.780	100	1.50	.150	1.459
POST-TEST	7.42	100	1.960	.196	p .148

Se observa que los promedios de las variables en el estrés postraumático no presentan una diferencia significativa entre el pre test y el posttest, sin embargo encontramos que al pasar el tiempo se mantiene el mismo nivel de estrés Postraumático.

ANSIEDAD

Tabla 3.3 Grupo control: Pre-Post test (IDARE)

	MEDIA	N	DESVIACIÓN ESTANDAR	ERROR ESTANDAR DE LA MEDIA	t
PRE-TEST	55.78	100	6.578	.657	.572
POST-TEST	56.16	100	6.618	.661	p .569

También podemos observar que la ansiedad entre el pre test y el post test son semejantes aunque no hay una diferencia significativa entre ellos, observamos que en la aplicación del post test tiende a aumentar ligeramente.

Podríamos concluir que en el grupo control se mantiene las características de cada una de las variables de ansiedad, depresión y Estrés postraumático sin embargo observamos una ligera tendencia a ir aumentando, esto se puede

deber a que las personas que pertenecen a este grupo, no aceptaron el tratamiento psicológico, pero continúan ligadas a un proceso legal, que no permite que en un intento de olvidar la agresión, evadan los síntomas de cada una de nuestras variables de investigación.

B) GRUPO EXPERIMENTAL

Al revisar el comportamiento del grupo experimental nos arrojan resultados positivos en comparación del grupo control, estos resultados se muestran de igual forma que en el grupo control en las tablas 4.1; 4.2; 4.3

DEPRESION

Tabla 4.1. Grupo Experimental: Pre-Post test (depresión)

	MEDIA	N	DESVIACIÓN ESTANDAR	ERROR ESTANDAR DE LA MEDIA	t
PRE-TEST	61.3400	100	10.927	.268	-35.910
POST-TEST	21.3900	100	2.68890	1.092	ρ .0001

Observamos que en el grupo experimental el promedio de la depresión disminuye significativamente, de una media inicial de 61.3400 y después de recibir tratamiento nos encontramos que se redujo a una media de **21.3900**, un valor $t = -35.910$ que representa un valor altamente significativo (ρ .0001)

ESTRÉS POSTRAUMATICO

Tabla 4.2. Grupo Experimental: Pre-Post test (PTSD)

	MEDIA	N	DESVIACIÓN ESTANDAR	ERROR ESTANDAR DE LA MEDIA	t
PRE-TEST	7.93	100	1.505	.150	-20.7
POST-TEST	1.73	100	2.473	.247	ρ .0001

El grupo experimental al inicio del tratamiento presenta una media de 7.93 y presenta cambios significativos al finalizar el tratamiento con una media de 1.73, el valor de este contraste fue $t = -20.7$ el cual tiene una significancia de ($p .0001$), comprobando que el tratamiento ayudo a disminuir el estrés postraumático, lo cual apoya nuestra hipótesis de investigación.

ANSIEDAD

Tabla 4.3. Grupo Experimental: Pre-Post test (IDARE)

	MEDIA	N	DESVIACIÓN ESTANDAR	ERROR ESTANDAR DE LA MEDIA	t
PRE-TEST	54.34	100	6.577	.657	-28.46
POST-TEST	33.19	100	2.786	.278	$p .0001$

El grupo experimental al inicio del tratamiento presenta un promedio de 54.34, con cambios significativos estadísticamente al finalizar el tratamiento, y se redujo la media de 33.19, un valor de $t = -28.461$ el cual es significativo ($p .0001$), comprobando que el tratamiento ayudo a disminuir el grado de ansiedad, aceptando la hipótesis de investigación.

Lo que podemos concluir que el tratamiento Cognitivo Conductual para víctimas de violación ayuda a reducir las secuelas de la agresión sexual, apoyando a que las víctimas se puedan reintegrar en forma positiva y capaz a su medio.

Siendo importante que las personas que han sido víctimas de una agresión sexual reciban atención terapéutica, ya que como hemos comprobado las secuelas no disminuyen con el paso del tiempo, al contrario tienden a ir aumentando.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El realizar este trabajo queda la satisfacción de que el esfuerzo y labor que se realizó dejó conclusiones positivas, ya que las hipótesis de trabajo fueron aceptadas, siendo la Terapia Cognitivo Conductual estructurada en doce sesiones una opción funcional para el tratamiento en víctimas de violación, en especial cuando se trabaja en una institución de gobierno, ya que en muchas ocasiones no existe un tratamiento específico para estos usuarios del servicio, otra limitante de la atención en una institución gubernamental es el espacio, al no contar con los requerimientos adecuados como es ventilación, iluminación, ambiente propicio que nos ayuden a mejorar las condiciones de la atención psicológica, la demanda de usuarios para la atención psicológica, personal insuficiente para cubrir las necesidades del servicio generan que los pacientes no reciban sus citas en periodos cortos, espaciándolos cada 15 días aprox. La terapia Cognitivo Conductual salva esta situación al ayudar al paciente en continuar su tratamiento en casa sin que se de una dependencia para con el terapeuta.

Al trabajar con este tipo de terapia empezamos a ver cambios significativos en el paciente en corto tiempo descartando con esto el riesgo de mortalidad por suicidio y abandono del tratamiento.

El tiempo de aplicación del tratamiento es adecuado ya que muchas de las pacientes que fueron víctimas de violación suelen abandonar el tratamiento por no ver resultados inmediatos, otra razón es por la economía ya que tienen la necesidad de continuar trabajando y en sus trabajos no permiten tiempos prolongados de permisos, la economía en las víctimas que no trabajan es un factor importante y determinante ya que muchas de ellas no cuentan con recursos para trasladarse continuamente y durante periodos

largos a recibir su atención psicológica. Otra de las razones es que el iniciar con un proceso terapéutico implica un compromiso de desgaste emocional, que muchas personas no están listas para iniciar o comprometerse.

Se trabajo con un grupo de pacientes victimas de violación que fueron excluidas de la muestra ya que no completaron su tratamiento en el tiempo indicado ya que al encontrarse relacionadas con un proceso penal donde el agresor se encuentra detenido con proceso legal, en el juzgado requiere una síntesis de las sesiones en especial por que se tiene uno que concentrar en disminuir la ansiedad, miedos, angustia etc para la presentación en el juzgado para ampliar declaración, careos etc, por lo que se les tiene que preparar para enfrentarse a su agresor, en la experiencia del autor, dentro del proceso de atención psicológica si se trabaja adecuadamente con las victimas es recomendable el careo ya que llega a reducir hasta en un 80% las secuelas de la agresión ya que al verse empoderizadas, frente a frente con quien le genero el daño permite que pueda reconstruirse cognitivamente, vencer y enfrentarse sus propios miedos. Sin embargo este no fue parte de este trabajo, pero seria interesante que se pudiera realizar trabajo de investigación sobre el CAREO : como instrumento terapéutico en Victimas de Violación.

Otro limitante en la realización de este trabajo de investigación fue que muchas usuarias no concluyeron su tratamiento (generalmente en etapa inicial) al dar seguimiento a la paciente referían que preferían asistir a la terapia privada ya que el asistir a psicología e ingresar al mismo edificio donde iniciaron su denuncia por violación les hacia recordar todo lo que vivieron el día de su agresión, en especial por que hay una re estimulación al ver en la misma sala de espera a otras victimas del mismo delito, por lo que puedo llegar a la conclusión que las Unidades de Atención a Victimas o Centros de Atención a Victimas de Violación deben de tener las oficinas del área jurídica y psicológica en diferentes edificios para permitir que la usuaria se sienta tranquila sin altos niveles de angustia y ansiedad al ver a victimas recientes en crisis.

El tratamiento Cognitivo Conductual estructurada en doce sesiones permitió reducir tanto la depresión, ansiedad y el estrés Postraumático en víctimas de violación, sin embargo dentro del análisis de nuestros resultados nos percatamos de que la depresión y ansiedad tienden a ir aumentando si no se recibe una atención psicológica o por lo menos la descarga de sus emociones contenidas sea por el medio que sea, pero algo que nos llama la atención es que el estrés postraumático disminuyó en forma mínima, pero no hubo tendencia a aumentar con el paso del tiempo, esto probablemente por un mecanismo de defensa de varias usuarias que reprimen conteniendo pensamientos y sentimientos hasta llevar el Síndrome de estrés Postraumático a un estado latente que puede activarse con cualquier evento activador como es: aniversario de la agresión, reanudar o iniciar su vida sexual, ser madre etc.

Finalmente confirmamos lo que Thornhill y Thornhill (1989), argumentan que existen factores predictivos para el daño psicológico de la víctima, estos serían, por ejemplo, si el atacante de la víctima es percibido por ella como perteneciente a un nivel inferior a su raza, clase social, posición económica, intelectual o profesional), entonces sufrirán mayores síntomas de trauma; por contraste, las víctimas que consideran a su atacante de un status superior al propio, mostrarán menor daño psicológico, el efecto post violación es mayor cuando el agresor es conocido, pues en el caso de un desconocido es más fácil pensar que todo pasó por casualidad, ya que le podría haber sucedido a otra persona, la tentación a sentirse culpable es mayor cuando se conoce al violador.

Finalmente, se encuentra que el común denominador de las investigaciones con las víctimas de violación es que todas confiesan un profundo impacto en sus vidas, un re cuestionamiento de valores, un ajuste propio de conceptos propios y externos, y la sensación de que su vida se divide en antes y después de la violación (Mezey y Taylor. 1988)

DISCUSIÓN

Nos encontramos con un factor que pudo intervenir favorablemente para poder obtener estos resultados y que podrían restar confiabilidad a los mismos resultados, una de los principales fue la asignación del grupo control, que desde un inicio se realizo con personas que no estaban dispuestas a recibir tratamiento psicológico, lo que puede ser determinante para que las secuelas de la violación se incrementaran y no disminuyeran, la negación a recibir apoyo psicológico, tiene su origen también en mitos respecto a la asistencia al psicólogo “ no estoy loca, yo puedo sola, por que una persona extraña se va a enterar de lo que me sucede, la mejor forma de dejar de sentir lo que siento es no hablar de ello”. Este factor es determinante ya que las secuelas de la agresión sexual se pudieron acentuar ante la lucha de sí mismas por no buscar ayuda psicológica y el malestar generado por ser agredidas.

Nos encontramos con la confirmación de los mitos que se ejercen en torno a la violación la mayoría de nuestra población atendida presentan creencias de que ellas provocaron la agresión sexual, por ir vestidas de determinada forma, por que iban caminando, por el simple y único hecho de que son mujeres confirmando lo que autores como Rebolledo y Soto afirman que los agresores sexuales pueden considerar una provocación hasta un gesto o una mirada, sin embargo, este tipo de victimas del delito no son vistas como tal, sino se les responsabiliza por el hecho, otro de los mitos arraigados y que les genera una gran culpa es el que ellas deberían de haber hecho algo mas para no permitir la agresión, Banchs, (1991) nos dice que un pene erecto es capaz de penetrar cualquier abertura de una mujer.

Resick y Schinicke (1995) nos habla de del juicio o creencia del mundo justo (si eres buena no te va a suceder nada, pero si eres mala, mal te va a ir) confirma que algo hizo para merecer lo que le sucedió, lo que las deja

en una indefensión para inconformarse con la violación y pedir y exigir justicia, esto lo vemos muy comúnmente con las víctimas que no se deciden a denunciar, ya que consideran que no tiene caso, que para que, al explorar en ellas, no encontramos que se sienten culpables y creían que tenían que pagar el mal que en algún momento generaron.

Se encontró que algunas de nuestras pacientes que contaban con redes de apoyo en su proceso legal y terapéutico asumían con mayor facilidad el compromiso por recuperarse del evento violento, sin embargo los factores individuales como la edad, el estado civil, historia personal también fueron determinantes, ya que una joven soltera tiene mas expectativas y creencia de la virginidad para que la quieran y valoren, que una mujer casada que se concentra en sentirse sucia para su esposo, equiparando la violación con la infidelidad.

Nuestra población presenta un Síndrome de Trauma por violación en Fase aguda y en fase de reorganización, yendo de una fase a la otra, cuando ya se sienten más estables, cualquier evento puede reestimular la violación. Burgess y Holmstrom fueron los primeros autores que hablan de este concepto, ellos marcan un tiempo determinado para que se le pueda considerar Síndrome Post violatorio, sin embargo nos podemos confundir ya que debido a esta re -estimulación constante corremos el error de ya pasado el tiempo, seguir clasificando los síntomas como tal.

Como otros autores afirman, es indispensable, que quien ha sufrido una agresión sexual, puedan recibir atención psicológica especializada, ya que las secuelas pueden disminuir por un tiempo, incluso quedar en un estado latente por muchos años, donde la víctima aprende a sobrevivir con todo lo que siente.

La terapia Cognitivo Conductual es un tipo de enfoque dinámico, que trabaja directamente en el como las personas perciben, interpretan y asignan significado a los sucesos, siendo una opción favorable para tratar casos de violencia sexual ya que como anteriormente mencionamos, las

secuelas de la violación dependen en gran parte en la interpretación que la persona le da al evento, Bellack (1993) confirma este punto, ya que él menciona que, lo que la gente piensa afecta lo que siente, el modelo que Bellack nos habla de que las creencias básicas, actitudes y suposiciones de si mismo y del mundo guían la percepción, interpretación y memoria de las personas, lo que pudimos corroborar en la aplicación de tratamiento en el grupo experimental, las creencias y la forma en que interpretan el evento les genera sentimientos dolorosos, por lo que ellas tienen que confrontar estas creencias y buscar alternativas funcionales para poder enfrentar situaciones de riesgo, cada una de las sesiones está apoyada en este concepto de que la víctima vaya adquiriendo poco a poco los puntos necesarios para poder integrarse y funcionar plenamente en su esfera biopsicosocial.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El realizar este trabajo queda la satisfacción de que el esfuerzo y labor que se realizó dejó conclusiones positivas, ya que las hipótesis de trabajo fueron aceptadas, siendo la Terapia Cognitivo Conductual estructurada en doce sesiones una opción funcional para el tratamiento en víctimas de violación, en especial cuando se trabaja en una institución de gobierno, ya que en muchas ocasiones no existe un tratamiento específico para estos usuarios del servicio, otra limitante de la atención en una institución gubernamental es el espacio, al no contar con los requerimientos adecuados como es ventilación, iluminación, ambiente propicio que nos ayuden a mejorar las condiciones de la atención psicológica, la demanda de usuarios para la atención psicológica, personal insuficiente para cubrir las necesidades del servicio generan que los pacientes no reciban sus citas en periodos cortos, espaciándolos cada 15 días aprox. La terapia Cognitivo Conductual salva esta situación al ayudar al paciente en continuar su tratamiento en casa sin que se de una dependencia para con el terapeuta.

Al trabajar con este tipo de terapia empezamos a ver cambios significativos en el paciente en corto tiempo descartando con esto el riesgo de mortalidad por suicidio y abandono del tratamiento.

El tiempo de aplicación del tratamiento es adecuado ya que muchas de las pacientes que fueron víctimas de violación suelen abandonar el tratamiento por no ver resultados inmediatos, otra razón es por la economía ya que tienen la necesidad de continuar trabajando y en sus trabajos no permiten tiempos prolongados de permisos, la economía en las víctimas que no trabajan es un factor importante y determinante ya que muchas de ellas no cuentan con recursos para trasladarse continuamente y durante periodos

largos a recibir su atención psicológica. Otra de las razones es que el iniciar con un proceso terapéutico implica un compromiso de desgaste emocional, que muchas personas no están listas para iniciar o comprometerse.

Se trabajo con un grupo de pacientes victimas de violación que fueron excluidas de la muestra ya que no completaron su tratamiento en el tiempo indicado ya que al encontrarse relacionadas con un proceso penal donde el agresor se encuentra detenido con proceso legal, en el juzgado requiere una síntesis de las sesiones en especial por que se tiene uno que concentrar en disminuir la ansiedad, miedos, angustia etc para la presentación en el juzgado para ampliar declaración, careos etc, por lo que se les tiene que preparar para enfrentarse a su agresor, en la experiencia del autor, dentro del proceso de atención psicológica si se trabaja adecuadamente con las victimas es recomendable el careo ya que llega a reducir hasta en un 80% las secuelas de la agresión ya que al verse empoderizadas, frente a frente con quien le genero el daño permite que pueda reconstruirse cognitivamente, vencer y enfrentarse sus propios miedos. Sin embargo este no fue parte de este trabajo, pero seria interesante que se pudiera realizar trabajo de investigación sobre el CAREO : como instrumento terapéutico en Victimas de Violación.

Otro limitante en la realización de este trabajo de investigación fue que muchas usuarias no concluyeron su tratamiento (generalmente en etapa inicial) al dar seguimiento a la paciente referían que preferían asistir a la terapia privada ya que el asistir a psicología e ingresar al mismo edificio donde iniciaron su denuncia por violación les hacia recordar todo lo que vivieron el día de su agresión, en especial por que hay una re estimulación al ver en la misma sala de espera a otras victimas del mismo delito, por lo que puedo llegar a la conclusión que las Unidades de Atención a Victimas o Centros de Atención a Victimas de Violación deben de tener las oficinas del área jurídica y psicológica en diferentes edificios para permitir que la usuaria se sienta tranquila sin altos niveles de angustia y ansiedad al ver a victimas recientes en crisis.

El tratamiento Cognitivo Conductual estructurada en doce sesiones permitió reducir tanto la depresión, ansiedad y el estrés Postraumático en víctimas de violación, sin embargo dentro del análisis de nuestros resultados nos percatamos de que la depresión y ansiedad tienden a ir aumentando si no se recibe una atención psicológica o por lo menos la descarga de sus emociones contenidas sea por el medio que sea, pero algo que nos llamó la atención es que el estrés postraumático disminuyó en forma mínima, pero no hubo tendencia a aumentar con el paso del tiempo, esto probablemente por un mecanismo de defensa de varias usuarias que reprimen conteniendo pensamientos y sentimientos hasta llevar el Síndrome de estrés Postraumático a un estado latente que puede activarse con cualquier evento activador como es: aniversario de la agresión, reanudar o iniciar su vida sexual, ser madre etc.

Finalmente confirmamos lo que Thornhill y Thornhill (1989), argumentan que existen factores predictivos para el daño psicológico de la víctima, estos serían, por ejemplo, si el atacante de la víctima es percibido por ésta como perteneciente a un nivel inferior a su raza, clase social, posición económica, intelectual o profesional), entonces sufrirán mayores síntomas de trauma; por contraste, las víctimas que consideran a su atacante de un status superior al propio, mostrarán menor daño psicológico, el efecto post violación es mayor cuando el agresor es conocido, pues en el caso de un desconocido es más fácil pensar que todo pasó por casualidad, ya que le podría haber sucedido a otra persona, la tentación a sentirse culpable es mayor cuando se conoce al violador.

Finalmente, se encuentra que el común denominador de las investigaciones con las víctimas de violación es que todas confiesan un profundo impacto en sus vidas, un re cuestionamiento de valores, un ajuste propio de conceptos propios y externos, y la sensación de que su vida se divide en antes y después de la violación (Mezey y Taylor. 1988)

DISCUSIÓN

Nos encontramos con un factor que pudo intervenir favorablemente para poder obtener estos resultados y que podrían restar confiabilidad a los mismos resultados, una de los principales fue la asignación del grupo control, que desde un inicio se realizo con personas que no estaban dispuestas a recibir tratamiento psicológico, lo que puede ser determinante para que las secuelas de la violación se incrementaran y no disminuyeran, la negación a recibir apoyo psicológico, tiene su origen también en mitos respecto a la asistencia al psicólogo “ no estoy loca, yo puedo sola, por que una persona extraña se va a enterar de lo que me sucede, la mejor forma de dejar de sentir lo que siento es no hablar de ello”. Este factor es determinante ya que las secuelas de la agresión sexual se pudieron acentuar ante la lucha de sí mismas por no buscar ayuda psicológica y el malestar generado por ser agredidas.

Nos encontramos con la confirmación de los mitos que se ejercen en torno a la violación la mayoría de nuestra población atendida presentan creencias de que ellas provocaron la agresión sexual, por ir vestidas de determinada forma, por que iban caminando, por el simple y único hecho de que son mujeres confirmando lo que autores como Rebolledo y Soto afirman que los agresores sexuales pueden considerar una provocación hasta un gesto o una mirada, sin embargo, este tipo de victimas del delito no son vistas como tal, sino se les responsabiliza por el hecho, otro de los mitos arraigados y que les genera una gran culpa es el que ellas deberían de haber hecho algo mas para no permitir la agresión, Banchs, (1991) nos dice que un pene erecto es capaz de penetrar cualquier abertura de una mujer.

Resick y Schinicke (1995) nos habla de del juicio o creencia del mundo justo (si eres buena no te va a suceder nada, pero si eres mala, mal te va a ir) confirma que algo hizo para merecer lo que le sucedió, lo que las deja

en una indefensión para inconformarse con la violación y pedir y exigir justicia, esto lo vemos muy comúnmente con las víctimas que no se deciden a denunciar, ya que consideran que no tiene caso, que para que, al explorar en ellas, no encontramos que se sienten culpables y creían que tenían que pagar el mal que en algún momento generaron.

Se encontró que algunas de nuestras pacientes que contaban con redes de apoyo en su proceso legal y terapéutico asumían con mayor facilidad el compromiso por recuperarse del evento violento, sin embargo los factores individuales como la edad, el estado civil, historia personal también fueron determinantes, ya que una joven soltera tiene mas expectativas y creencia de la virginidad para que la quieran y valoren, que una mujer casada que se concentra en sentirse sucia para su esposo, equiparando la violación con la infidelidad.

Nuestra población presenta un Síndrome de Trauma por violación en Fase aguda y en fase de reorganización, yendo de una fase a la otra, cuando ya se sienten más estables, cualquier evento puede reestimular la violación. Burgess y Holmstrom fueron los primeros autores que hablan de este concepto, ellos marcan un tiempo determinado para que se le pueda considerar Síndrome Post violatorio, sin embargo nos podemos confundir ya que debido a esta re -estimulación constante corremos el error de ya pasado el tiempo, seguir clasificando los síntomas como tal.

Como otros autores afirman, es indispensable, que quien ha sufrido una agresión sexual, puedan recibir atención psicológica especializada, ya que las secuelas pueden disminuir por un tiempo, incluso quedar en un estado latente por muchos años, donde la víctima aprende a sobrevivir con todo lo que siente.

La terapia Cognitivo Conductual es un tipo de enfoque dinámico, que trabaja directamente en el como las personas perciben, interpretan y asignan significado a los sucesos, siendo una opción favorable para tratar casos de violencia sexual ya que como anteriormente mencionamos, las

secuelas de la violación dependen en gran parte en la interpretación que la persona le da al evento, Bellack (1993) confirma este punto, ya que él menciona que, lo que la gente piensa afecta lo que siente, el modelo que Bellack nos habla de que las creencias básicas, actitudes y suposiciones de si mismo y del mundo guían la percepción, interpretación y memoria de las personas, lo que pudimos corroborar en la aplicación de tratamiento en el grupo experimental, las creencias y la forma en que interpretan el evento les genera sentimientos dolorosos, por lo que ellas tienen que confrontar estas creencias y buscar alternativas funcionales para poder enfrentar situaciones de riesgo, cada una de las sesiones está apoyada en este concepto de que la víctima vaya adquiriendo poco a poco los puntos necesarios para poder integrarse y funcionar plenamente en su esfera biopsicosocial.

REFERENCIAS

Akermann, Engel, M.a. (1993). *Terapia Cognoscitiva Breve*. En: Bellack, L (1993) Manual de psicoterapia Breve. Ed. Manual Moderno, México.

Aresti, Emmer S; Blom, E & Toto, M (1983). La violación. La historia oculta de la mujer. “ **Un discurso alternativo y su repercusión**”; Centro de estudios de la Mujer; UNAM; México.

Bayes, R. & Ribes, I. (1989). “ **Un Modelo Psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA**”, Papeles del Psicólogo.

Beck, A. T. (1970). **Cognitive Therapy: nature and relation to behavior therapy**. *Bahaviour Therapy*; Vol. 1

Beck, A. T. (1976). **Cognitive Therapy and the emotional disorders**. International Universities Press; New York.

Beckmann, Ch. (1990). **Sexual emergencies: Rape . Medical aspects of human sexuality**. Cahneas Publish. August.

Bedrosian, R. C. & Beck, A. T. (1989) **Principles of cognitive therapy**. En: M. J. Mahoney; *Psychotherapy process: Current issues and future direction*; New York, Plenum Press.

Bobes G. J; Bousoño G. M; Calcedo, A. García-Portilla M. (2000), **Trastorno de Estrés Postraumático**; Ed. Masson; Barcelona, España.

Brownmiller, S. (1981). **Contra nuestra voluntad**. Barcelona; Ed. Planeta.

Buela- Casal G. & Caballo V. E. (1991), **Manual de Psicología Clínica Aplicada**; Siglo XXI; Madrid.

Burge, S. K. (1989). " **Violence against woman as a health case issue**" ; Family Medicine: Vol. 21.

Burguess, A. W., (1985). **Rape and Sexual Assault**. New York; Garland Publishing.

Burguess, A. W. & Holmstrom, L. L; (1974). **Rape Victims on Crisis**; New York; Bowie Md. Brady Co.

Burguess, A. W. & Holmstrom, L. L; (1976). **Coping Behavior of the Rape Victims**: American Journal of Psychiatry and Law; Vol, 133; Boston; U.S.A.

C.A.M.V.A.C. (1985), **Carpeta de información básica del centro de Apoyo a Mujeres Violadas A.C.**

Caballo V. E.; (1995), **Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta**; Siglo XXI; Madrid.

Caro, I. (1991). Tratamiento Cognitivo / Conductual de la Depresión: El modelo de Beck: En: V.E. Caballo; **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**; Siglo XXI; Madrid.

Corral, P; Echeburúa, E; Sarasúa, B (1990) Estrés postraumático en víctimas de violación. **El Estrés: Problemática Psicológica y vías de intervención**. Ed. Enrique Echeburúa; Universidad del País Vasco; España.

Dahl, S. (1989). **Acute response to rape a PTSD variant**; Acta Psychiatrica; Scandinava; Suppl. 355.

Delgadillo G; Alarcón E; Velázquez V; Bueno C y Zepeda R. (1999). **Elementos socio-psicológicos de Victimología**. Gobierno del estado de México. Procuraduría General de Justicia del estado de México.

Diccionario Enciclopédico Laousse (2005).Undécima Edición. Ed. Laousse. México. D.F.

Dictionary Webster Handy College (2000). Decima Edición. Ed. The National Lexicographic Board. E.U

Dictionary Spanish Oxford Colour (1995). First published. Oxford University Press; New York.

Dowsdeswell, J. (1987). **La Violación: Hablan las Mujeres**; México, D.F; Ed. Grijalbo.

DSM –IV. (1995). **Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales**; Masson, S. A.

Echeburúa E. (1990) “ Evaluación y Tratamiento del Estrés Postraumático en Víctimas de violación” En: **El Estrés: Problemática**

Psicológica y vías de intervención. Ed. Enrique Echeburúa; Universidad del País Vasco; España.

Echeburúa E. (1994) **Personalidades Violentas**; Ed. Pirámide. Madrid, España

Echeburúa E; & Corral P (1992) Clasificación de los Trastornos de Ansiedad; En Echeburúa E.; **Avances en el Tratamiento Psicológico de los Trastornos de Ansiedad**; Ed. Pirámide; Madrid.

Eiddeberg, L. (1965) **Psicología de la Violación**. Hame; Buenos Aires Argentina.

Fernández, F. (1997) **La Violencia Sexual**. Archivos Hispanoamericanos de Sexología, Vol. III, No 2.

Foa, E. (1998), **Treating The Trauma of Rape; Cognitive Behavior Therapy for PTSD**; Ed. Guilford; New York.

Freeman, A. (1983), **Terapia Cognitiva**; En: V. E. Caballo; (1995), **Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta**; Siglo XXI; Madrid.

González, P. A. (1996), **Estudio Comparativo del Síndrome de estrés Postraumático en Sobrevivientes de Abuso sexual, El cual haya culminado en Violación o no**;_Tesis de Licenciatura; Facultad de psicología; UNAM.

Goldfried, M. R. (1996), **La Terapia Cognitivo-Conductual a la Psicoterapia de Integración**; Ed. Desclee de Brouwer; Biblioteca de Psicología.

Groth, A. N. (1981), **Men Who Rape the Psychology of the Ofender**; Plenum Press.

Hernández S; Fernández C & Baptista L. (2003), **Metodología de la Investigación.** Ed. Mc Graw Hill. México. D.F.

Ibarra, E. (1991), **Violación** (Documento Inedito); Procuraduría General de Justicia del D. F. México.

Keane, T. M. & Wolfe, J (1990), **Comorbidity in Posttraumatic Stress Disorder: An Analisis of Community and Clinical Studies**; Journal of Applied Social Psychology; Vol. 20.

Keith, S; Dobson & Renee-Louis Franche (1995), La practica de la terapia cognitiva; En: Caballo V. E. ; (1995), **Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta**; Siglo XXI; Madrid.

Kilpatrick, D, G. (1992), Tratamiento Psicológico de las Agresiones Sexuales. En Echeburúa E.; **Avances en el Tratamiento Psicológico de los Trastornos de Ansiedad**; Ed. Pirámide; Madrid.

Kilpatrick, D, G. (1992), Eficacia de la Intervención Psicológica en Víctimas Recientes de Agresiones Sexuales. En Echeburúa E.; **Avances en el Tratamiento Psicológico de los Trastornos de Ansiedad**; Ed. Pirámide; Madrid.

Kilpatrick, D, G. (1994), Etiología y Factores Predictivos de estrés Postraumático en Víctimas de Agresiones Sexuales. En Echeburúa E.; **Personalidades Violentas**; Ed. Pirámide; Madrid.

Kolodny, R. (1983), Tratado de medicina Sexual; México.

Kusher, M. G.; Riggs, D. S.; Foa, E. B. & Miller, S. M. (1992), **Perceived Controllability and Developend of Posttraumatic Stress Disorder in Crime Victims**. Behavior Reseach and Therapy. Vol. 31.

Lazarus, R. S. (1966), **Estrés y Procesos Cognitivos**; New York; Ed, McGraw Hill.

Lena, O. & Howard, M. (1991), **Asalto sexual**; Ed. Selector; México.

Martínez, R. (1985), **Delitos Sexuales**. Ed. Porrúa; México.

Master, W. & Jonson, V. (1987), **La Sexualidad Humana**. Ed. Grijalvo; Barcelona.

Mc. Combie, Sh. (1980), **The Rape Crisis Intervention**. Handbook; Ed. Plenum.

Mc. Lean, D. P. (1976), Depression as a specific response to stress; En: Spielberg, D. C. and Sarason, I; **Stress and Anxiety**; Ed. Hemisphere Publishing Corporation; E.U.A.

Mc. Namara, D. E & Sagarin, E. (1977), **Sex Crime and the Law**. The Free Press; E.U.A.

Mezey, G. C. & Taylor, J. P. (1988), **Psychological reactions of women who have been raped**. A descriptive and comparative study. British Journal of Psychiatry. Vol. 152.

Muehlehard, C. L.; hallabaugh, I. C. (1988), **Do women sometimes say no when they mean yes?. The prevalence and correlates of women token resistance to sex**; Journal of personality and Social Psychology; Vol. 54.

Murphy, S,; Kitchen, V,; Harris, J. R. & Forester, S. M. (1989), **Rape and Subsequentec Seroconversion to VIH**; British medical Journal.

Myers, M. B.; Templer, I. D. & Brown R. (1984), **Coping Hability of Women Who Become Victims of Rape**; Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 52.

Myers, M. B.; Templer, I. D. & Brown R. (1985), **Reaply to Wieder on Rape Victims; Vulnerability does not imply responsibility**; Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 53.

Neuman, E. (1994). **Victimologia**; Ed. Universidad; Buenos Aires.

Neuman, E. (1994). **Victimologia y Control Social**; Ed. Universidad; Buenos Aires.

Neuman, E. (1995). **Victimologia Supranacional**; Ed. Universidad; Buenos Aires.

Norris, J, & Shirley Feldman-Summers (1981), **Factors related to the Psychological Impacts of Rape on the Victim**. Journal of Abnormal Psychology Vol. 90, No. 6.

P.A.I.V.S.A.S. (1995), **_Carpeta de Información Básica del Centro de Apoyo a Mujeres Violadas A.C.**

Olamendi, T. P. (2000), **El Cuerpo del Delito: Los Derechos Humanos de las Mujeres en la Justicia Penal**: PGR; México.

Resick, P. A; Calhoun, K. S.; Atkerson, B. M. & Ellis, E. M. (1981), **Victims of Rape: Repeated Assessment of Depressive Symptoms**; Journal of Consulting and Clinical Psychology; Vol. 50.

Resick, P. A; & Schinicke, M. K. (1995), **Cognitive Processing Therapy for Rape Victims**; Sage Publications; U.S.A.

Shakespeare, g. (1960). **Hamlet**; Biblioteca Sopena; España.

Slaikou K. (1996), **Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación**. Ed. Manual Moderno; México D.F.

Spielberg, D. C. & Sarason, I. (1976), **Stress and Anxiety**; Ed. Hemisphere Publishing Corporation; E.U.A.

Thornhill, R. & Thornhill, N. (1989), **Evolution of Psychological Pain** Sociobiology and the Social Sciences.

Trujano P. (1992), **Violación y Atribución de culpa**; Tesis Doctoral. Fac. de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Valladares, P. (1994), **Estudio Epidemiológico de la Violencia Sexual**. Tesis de Maestría. ENEP Iztacala; México.

Valladares, P. (1989), **Necesidad de Tratamiento Psicológico Sistemático para personas violadas**; Memorias del Foro sobre Delitos Sexuales; Cámara de Diputados LXI Legislatura México.

Veronen, L. J. & Kilpatrick, D. G. (1982). **Stress Management for rape victims**; En Meichenbaum, D. y Jaremko, M. E. Stress Reduction and Prevention; Plenum Press; New York.

Waigandt, A.; Wallace, L. D.; Phelps, L. & Miller, D. (1990) **The Impact of sexual assault on physical health status**; Journal of traumatic stress; Vol. 3

Yllan, R. B. & Ruiz, C. E. (1997), **Impacto victimal del delito violento, que genero estrés postraumático**. Procuraduría General de Justicia del D. F.; México.